

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/27

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
di Milano



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



INTRODUZIONE	4
FINALITÀ DEL PIAO	5
ACCESSIBILITÀ DEL PIAO	6
APPROCCIO AL PIAO	7
PROCESSO DI ELABORAZIONE	7
TEAM DEL PIAO	7
CRONOPROGRAMMA	8
VALORE PUBBLICO	10
OBIETTIVI TRASVERSALI DELL'ENTE	11
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE	14
ANALISI DI CONTESTO INTERNO	15
ORGANIGRAMMA – STRUTTURA ORGANIZZATIVA	15
PNRR	16
RILEVAZIONE INTERNA IN TEMA DI INTEGRITÀ	17
AZIONI POSITIVE	29
SOSTENIBILITÀ ED EFFICIENTAMENTO ENERGETICO	30
COLLABORAZIONE CON UNIMI	31
ANALISI DI CONTESTO ESTERNO	33
LISTE D'ATTESA	33
TERRITORIO E CRIMINALITÀ	33
CORRUZIONE NELLA PA	37
VALUTAZIONE DI IMPATTO DELL'ANALISI DI CONTESTO	38
PERFORMANCE	40
PROGRAMMAZIONE	40
PERFORMANCE	41
OBIETTIVI	43
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	49
INTRODUZIONE	49
FOCUS 2025	50
MAPPATURA E ANALISI DEI RISCHI	51
MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	54
TRASPARENZA	65
<i>Premessa di contesto</i>	65
<i>Procedura per la pubblicazione dei dati</i>	65
<i>Monitoraggio e vigilanza sugli adempimenti in tema di trasparenza</i>	66
<i>Accesso documentale, accesso civico semplice e generalizzato</i>	67
<i>Impatto della Trasparenza sull'analisi di contesto</i>	68
<i>Iniziative e coinvolgimento degli stakeholder</i>	68
<i>Obblighi di informazione e monitoraggio</i>	69
MONITORAGGIO DELLA SEZIONE PREVENZIONE E CORRUZIONE E TRASPARENZA	70
<i>Responsabilità</i>	70
OBIETTIVI SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	71
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	74



INTRODUZIONE.....	74
FABBISOGNO DEL PERSONALE	75
FORMAZIONE	97
LAVORO AGILE	101
MONITORAGGIO	103
ALLEGATI.....	104



INTRODUZIONE

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano ha adottato con Delibera Consiliare n. 221 del 23/06/2022 il nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO ai sensi dell'art. 6 del D.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla l. 6 agosto 2021, n. 113, 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”.

L’art. 6 del D.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113” l’adozione del PIAO rappresenta una sfida operativa costituita dalla capacità di questo documento di affermarsi come strumento di effettiva semplificazione. Uno strumento che non deve costituire – così come emerge dalle intenzioni del legislatore - ciò che nella pratica internazionale viene definito un ulteriore “layer of bureaucracy”, ovvero un adempimento formale aggiuntivo entro il quale i precedenti piani vanno semplicemente a giustapporsi, mantenendo sostanzialmente intatte, salvo qualche piccola riduzione, le diverse modalità di redazione e sovrapponendo l’ulteriore onere appunto di ricomporli nel più generale PIAO. Al contrario, il PIAO, nella ratio dell’art. 6, sembra dover costituire uno strumento unitario, “integrato”, che sostituisce i piani del passato e li “metabolizza” in uno strumento nuovo e omnicomprensivo che consenta un’analisi a 360 gradi dell’amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare. Pertanto, il PIAO deve porsi nei confronti dei piani preesistenti come uno strumento di riconfigurazione e integrazione (necessariamente progressiva e graduale), sia per realizzare in concreto gli obiettivi per i quali è stato concepito, ovvero “assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa”, “migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese”, “procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi”, sia per definire gli obiettivi programmatici e strategici nell’ambito della performance, lavoro agile, trasparenza, anticorruzione, azioni positive, accessibilità fisica e digitale ai servizi, fabbisogno del personale e formazione.

Inoltre, come indicato dal Dipartimento della Funzione Pubblica¹, il PIAO deve armonizzare le strategie dell’ente per la creazione di Valore Pubblico, quale incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso collettività in cui opera

¹ Bozza linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica: <https://www.forumpa.it/riforma-pa/piao-cose-il-piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione-e-cosa-cambia-per-le-pubbliche-amministrazioni/>



l'ente, definendo i meccanismi di misurazione e valutazione dell'impatto che le singole azioni – previste per il raggiungimento degli obiettivi – hanno proprio sul tale Valore.

FINALITÀ DEL PIAO

Il presente piano mira a conseguire:

Completezza

- Il documento analizza ogni tema previsto dalla normativa e cerca di riflettere su elementi, che seppur non previsti, sono considerati utili al fine del raggiungimento del Valore Pubblico

Operatività

- L'ente rafforza l'impostazione programmatica del documento, focalizzando l'attenzione principalmente sugli obiettivi operativi che ciascuna area coinvolta intende perseguire.

Fruibilità

- Il lavoro di elaborazione ha portato ad elaborare un documento asciutto, pur non mancando di soffermarsi su informazioni e dati utili alla comprensione della linea strategica dell'ente

Utilità

- Il piano punta ad essere uno strumento operativo utile sia per i dipendenti dell'ente tramite la comprensione degli obiettivi strategici di Valore pubblico, sia per i cittadini che possono comprendere in maniera più immediata tale strategia.



ACCESSIBILITÀ DEL PIAO

Nella redazione del presente documento, l'ente ha prestato una particolare attenzione a garantire la sua accessibilità verso tutti, secondo i più recenti studi², cercato di rispettare gli standard di impaginazione (legibility) e organizzazione del testo, dei contenuti e del lessico (readability), in modo da facilitarne la leggibilità anche da parte di persone che usano le tecnologie assistive.

A tal fine, il documento si caratterizza per:

- utilizzo del sommario/indice: avendo inserito i titoli e i paragrafi, il sommario rispecchia l'ordine dei titoli inseriti e consente di spostarsi automaticamente, cliccando tra le varie parti del testo;
- utilizzo carattere "senza grazie" più facilmente leggibili sullo schermo di un computer;
- utilizzo una dimensione minima dei caratteri di 12 ed una interlinea compresa tra 1,2 e 1,5.
- uso limitato del corsivo e della sottolineatura e caratteri con effetti speciali;
- organizzazione del testo tramite liste per permettere di seguire sequenze specifiche;
- non utilizzo di paragrafi vuoti, ad esempio per aumentare la distanza tra due paragrafi;
- non utilizzo di testo giustificato in quanto potrebbe pregiudicare la lettura a schermo e l'immediato riconoscimento della posizione dei capoversi;
- posizionamento di oggetti nel documento (tabelle, foto, forme, grafici, ecc.) con una disposizione "in linea" con il testo, in modo da facilitare la lettura tramite un lettore di schermo;
- uso di un lessico accessibile
- utilizzo di elementi grafici e cromatici che permettono una lettura dinamica del documento.

L'accessibilità è stata controllata tramite la funzione editor di Word, successivamente il documento è stato salvato in formato PDF, così da permettere una distribuzione elettronica in modalità online accessibile o la stampa.

² Progetto ideato e creato dal **CRA** Centro regionale per l'accessibilità della **Regione Toscana** e **Ausl Toscana Centro struttura della comunicazione** e *Guida pratica per la creazione di un documento accessibile*". Redazione a cura dell'AgID - Agenzia per l'Italia Digitale, 27 marzo 2017 - Aggiornamento del documento del 18 luglio 2016

APPROCCIO AL PIAO

Processo di elaborazione

Al fine dell'elaborazione del PIAO 2025-27, l'ente ha colto la sfida di rinforzare la collaborazione tra strutture che sino a poco tempo fa predisponavano autonomamente propri piani organizzativi (successivamente abrogati), innescando riflessioni e attività comuni e realizzando momenti di condivisione e di lavoro. Il percorso intrapreso dall'ente è stato finalizzato ad elaborare un documento unico e caratterizzato da un approccio programmatico, a definire gli obiettivi strategici di Valore Pubblico, ad analizzare trasversalmente il contesto interno ed esterno dell'ente e a disegnare le azioni da mettere in campo per migliorare il benessere del territorio in cui l'ente agisce. Il percorso è stato supportato dal centro di ricerca RE.ACT, i cui esperti hanno guidato i referenti delle strutture coinvolte nell'elaborazione del documento, fornendo metodologie per identificare gli obiettivi strategici e per definire la loro programmazione e monitoraggio.

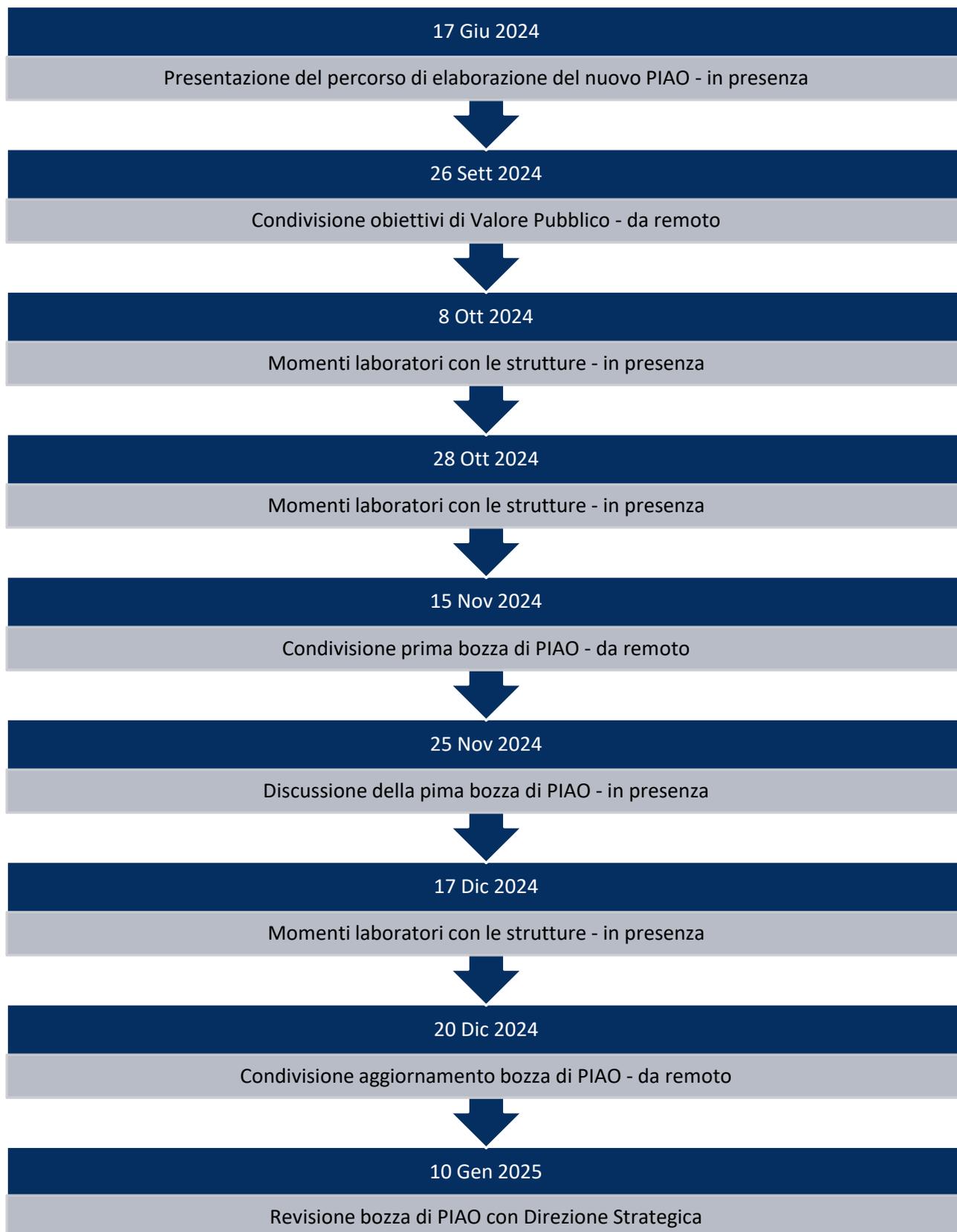
Team del PIAO

All'elaborazione del PIAO hanno operativamente partecipato le seguenti strutture:



Cronoprogramma

Vengono riportati di seguito gli appuntamenti e i lavori che hanno visto coinvolte le strutture nel percorso di elaborazione del PIAO:

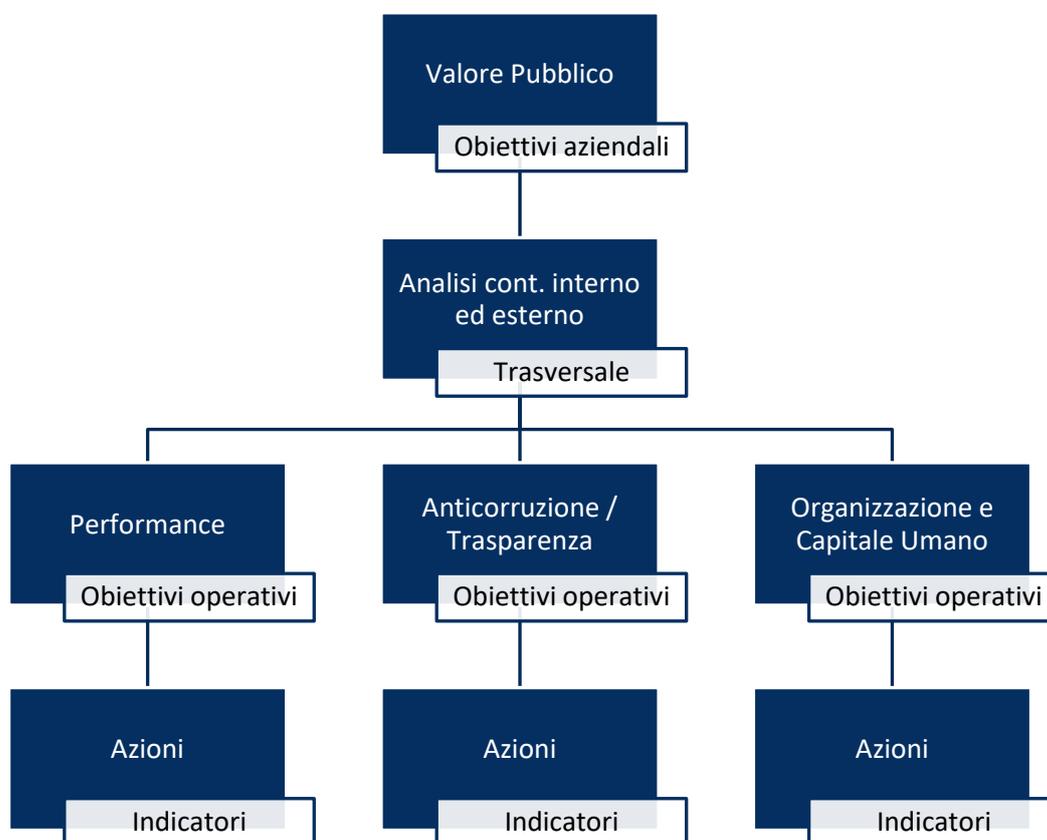




Da un punto di vista contenutistico, il percorso ha previsto:

1. innanzitutto, la “messa a terra” della definizione di Valore Pubblico per il Policlinico di Milano;
2. identificazione degli obiettivi aziendali strategici di Valore Pubblico, da cui far dipendere l’azione delle strutture coinvolte;
3. riflessione, da parte di ogni struttura, su quali elementi di contesto interni ed esterno sono rilevanti ai fine del perseguimento degli obiettivi aziendali strategici;
4. identificazione degli obiettivi operativi, ogni struttura deve mettere in campo per perseguire gli obiettivi strategici;
5. costruzione degli obiettivi operativi, tramite la descrizione delle azioni da realizzare e dei relativi indicatori di monitoraggio.

Di seguito si riporta la piramide della programmazione del Valore Pubblico:





VALORE PUBBLICO

La Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico (di seguito Fondazione) persegue le seguenti finalità:

- svolgere, 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, l'attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, al fine di costituire un centro di riferimento nazionale per la cura e la ricerca;
- elaborare ed attuare, 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;
- fornire, mediante rapporti convenzionali o con altre opportune modalità, il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post-laurea;
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica;
- assumere ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale ed applicata nonché a tutelare la proprietà dei suoi risultati e la valorizzazione economica degli stessi;
- svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

Nel rispetto dei suddetti principi generali fissati dal proprio Statuto, la Fondazione impronta il proprio operato con il fine prioritario di garantire una risposta adeguata ai contingenti bisogni assistenziali dell'utenza.

La Fondazione si caratterizza quindi per l'integrazione tra assistenza, ricerca (riconoscimento IRCCS) e formazione (Università); caratteristiche che si concretizzano in alcuni obiettivi più specifici volti a:

- rafforzare il ruolo di centro di riferimento all'interno delle reti nazionali e internazionali che ne evidenziano le attività distintive quali, tra le altre, l'emergenza/urgenza nell'adulto e nel bambino, i trapianti, l'assistenza materno-infantile e la presa in carico dei pazienti con malattie rare;
- promuovere la ricerca traslazionale e tutelare la proprietà dei suoi risultati;
- attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- riqualificare da un punto di vista urbanistico e architettonico tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle



esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale.

Obiettivi trasversali dell'ente

1) Realizzazione ed attivazione del nuovo ospedale

La realizzazione del "Nuovo Policlinico" che vede l'apertura del nuovo Padiglione Sforza e la progressiva riqualificazione dei vecchi edifici è un grande progetto con implicazioni su tutto il territorio cittadino da un punto di vista sociale, urbanistico, architettonico, culturale e ambientale. Il progetto di inaugurazione inizia con il trasferimento, che dovrebbe avvenire in un'unica soluzione nei primi giorni di giugno 2025.

Nel corso della primavera del 2025 verranno effettuate le simulazioni per provare i percorsi e le modalità di trasporto dei pazienti (che avverranno con i letti di degenza e non più con le barelle), calcolandone anche i tempi di percorrenza e correggendo le eventuali criticità.

In primavera comincerà anche il lavoro di allestimento degli interni con gli arredi, le apparecchiature, i dispositivi e i farmaci, partendo da quelli di nuova acquisizione e, a ridosso del trasferimento, con quelli da trasferire.

Nel corso di questi mesi avverrà anche l'accreditamento del nuovo Padiglione Sforza, dedicato alle degenze con i suoi oltre 800 posti letto, progettato per essere un edificio tecnologico e all'avanguardia per la cura e l'assistenza dei pazienti di tutte le età e costruito secondo i più innovativi criteri di sostenibilità per ridurre consumi ed emissioni.

2) Riduzione dei tempi d'attesa nella medicina chirurgica

Riduzione tempi di attesa: è stata svolta una accurata attività di monitoraggio dei tempi di attesa, con l'attivazione del RUA sia per l'attività ambulatoriale sia per i ricoveri, si continuano in particolare le attività incentivate per l'abbattimento dei tempi di attesa come indicato da Regione Lombardia nelle delibere emanate in questi anni.

Le attività di contenimento dei tempi di attesa sono state ulteriormente incrementate grazie all'ampliamento dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale nella fascia oraria 16 -20 dei giorni feriali e con aperture nei week end, implementazione di sedute operatorie nel fine settimana.

Tali attività sono state possibili grazie a:

- prestazioni incentivate del personale dipendente;
- contratti p. IVA appositamente sottoscritti;

- assunzioni di personale dipendente.

In aggiunta, a partire dal mese di settembre di quest'anno, al fine di rispondere alla necessità di proseguire con l'attività di abbattimento dei tempi di attesa, in riferimento agli interventi chirurgici programmati sarà attivata la nuova struttura dedicata alla Week Surgery composta da 10 posti letto presso il Pad. Zonda III piano. La programmazione operatoria elettiva sarà quindi incrementata con una seduta operatoria dal lunedì al giovedì (fascia 14 – 20).

Con il potenziamento dell'attività ricovero e ambulatoriale anche ai fini dell'abbattimento Tempi di Attesa, in primis delle prestazioni monitorate tramite PNGLA e delle prestazioni che, da monitoraggio interno, risultano critiche o fuori soglia.

3) Realizzazione dei progetti PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato con le risorse del Next Generation EU, si articola in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU. Le Missioni si articolano in Componenti, aree di intervento che affrontano sfide specifiche: processi di digitalizzazione, transizione ecologica, inclusione sociale, istruzione, ricerca e salute.

Il Policlinico è stato riconosciuto come soggetto attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e tal scopo ha attivato dei progetti finanziati in ambito delle Missioni 1 e 6.

La **Missione 1** ha l'obiettivo di dare un impulso decisivo al rilancio della competitività e della produttività, di ridurre i divari strutturali e potenziare la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica. Il Policlinico si inserisce nel panorama della Missione 1 attraverso la componente 2, che si concentra sull'innovazione digitale con investimenti in tecnologia (transizione 4.0), in ricerca e sviluppo e per l'avvio della riforma del sistema di proprietà industriale con il programma di valorizzazione "Proof of Concept for Italian Research Hospitals HEALTH-POC-IRCCS". In questo contesto il Policlinico si inserisce inoltre con il progetto "TTOPOLICLINICOMI" finanziato per il potenziamento e capacity building degli Uffici di Trasferimento Tecnologico.

La **Missione 6**, dedicata alla salute, si articola a sua volta in più componenti: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Policlinico si inserisce nel panorama della Missione 6 attraverso la componente 2 con l'investimento "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN" nell'ambito delle



tematiche: Proof of concept (PoC), Malattie Rare (MR) e Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT)
ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali.



SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'ENTE

La Fondazione ha sede in Milano, Via Francesco Sforza n. 28 ma, seppur organizzata in un unico presidio, alla data di stesura del presente documento, eroga attività assistenziali nelle seguenti sedi collocate nel territorio della città di Milano:

- Area Ospedaliera Via Francesco Sforza 35;
- Area Via Pace 9;
- Area Via Commenda 12;
- Area Via Fanti 6;
- CPS Centro Psico Sociale via Asiago 9;
- CPS Centro Psico Sociale via Fantoli 7;
- Psichiatria Territoriale - Via Ripamonti 20;
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Viale Puglie 33 / Corso XXII Marzo 59 / Via F. Sforza 35;
- Cascina Brandezzata – via Ripamonti 428.

L'area del Policlinico si estende per circa 137.000 m² ed è situata a sud-est del Duomo tra le vie F. Sforza, San Barnaba, Commenda, Lamarmora e Pace (tra Corso di Porta Romana e Corso di Porta Vittoria).



ANALISI DI CONTESTO INTERNO

Organigramma – struttura organizzativa

Con riferimento al contesto interno, quello organizzativo della Fondazione è sinteticamente riportato per tutte le sezioni nella parte iniziale del presente PIAO e accessibile nel dettaglio a chiunque interessato sul sito web

https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/150/files/allegati/1390/deliberazione_xi_6919-rl_poas.pdf

Di seguito, l'organigramma previsto dal vigente POAS 2022-2024 approvato con deliberazione XI/619 basato su un modello dipartimentale (“...l'Organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie...”), inteso come insieme di “Strutture Complesse aggregate” e guidato da uno dei relativi Direttori.

Link:

https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/150/files/allegati/1390/deliberazione_xi_6919-rl_poas.pdf

Nell'ambito delle risorse umane, la Fondazione IRCCS consta di personale dipendente, di personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei medici specialisti ambulatoriali, i quali concorrono con le loro professionalità a fare dell'Ospedale un luogo di eccellenza.

Al riguardo, si riporta una rappresentazione della consistenza di personale alla data del 31.12.2024 suddiviso per aree e tipologie contrattuali:

AREA CONTRATTUALE	PERSONALE DIPENDENTE E UNIV.		P.IVA/BORSE DI STUDIO	
	CONV			
<i>DIRIGENZA</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
Totale complessivo	659	421	255	104
AREA CONTRATTUALE	PERSONALE DIPENDENTE E UNIV.		P.IVA/BORSE DI STUDIO	
	CONV			
<i>COMPARTO</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
Totale complessivo	2273	678	95	40



PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato con le risorse del Next Generation EU, si articola in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU. Le Missioni si articolano in Componenti, aree di intervento che affrontano sfide specifiche: processi di digitalizzazione, transizione ecologica, inclusione sociale, istruzione, ricerca e salute.

Il Policlinico è stato riconosciuto come soggetto attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e tal scopo ha attivato dei progetti finanziati in ambito delle Missioni 1 e 6.

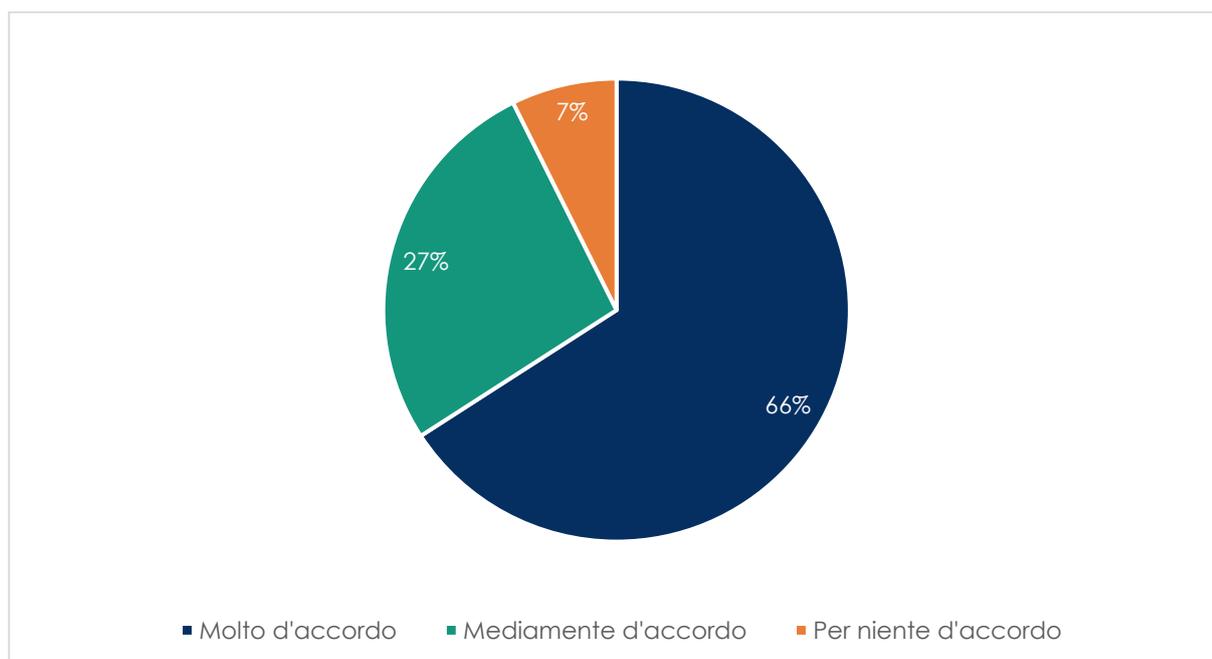
Si riporta di seguito il collegamento alla sezione dedicata nel sito Internet aziendale nel quale vengono presentati dettagliatamente i [Finanziamenti Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\) | Policlinico di Milano](#).

Rilevazione interna in tema di integrità

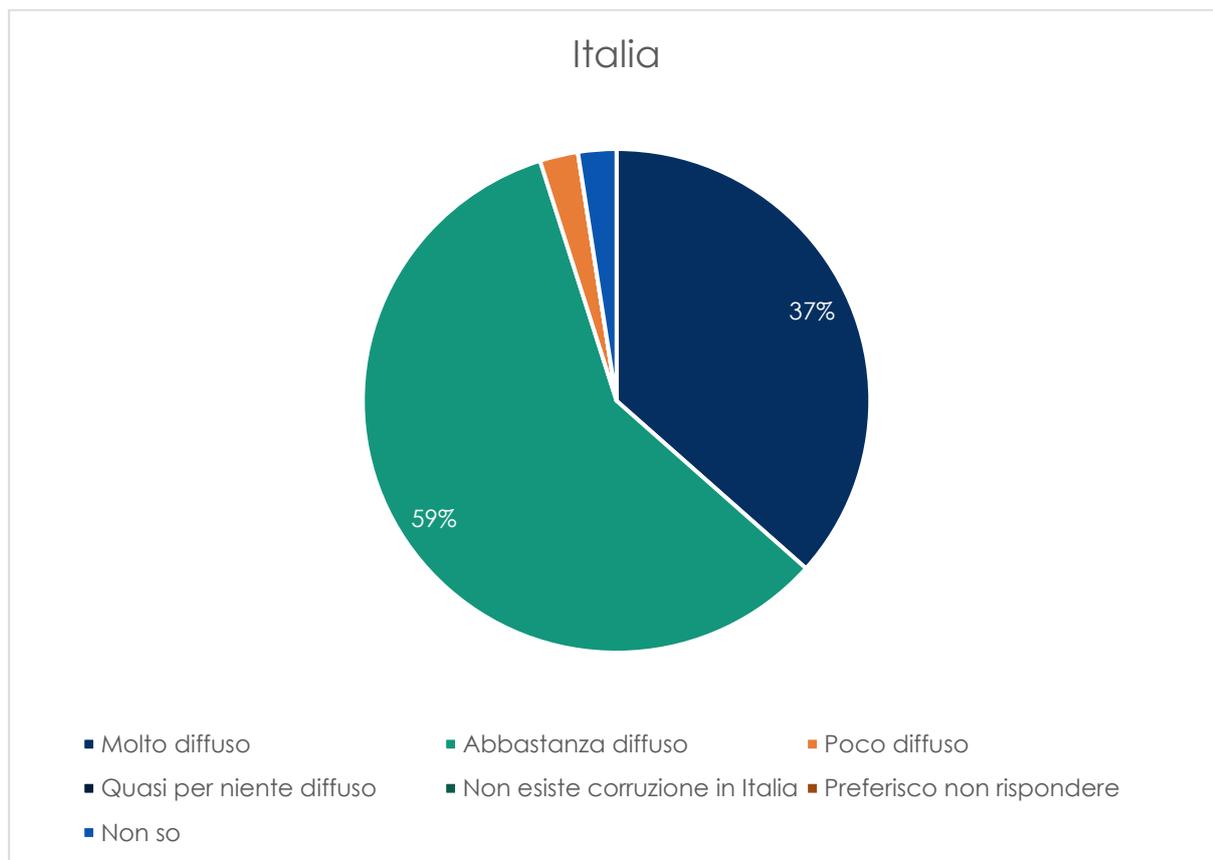
In occasione del corso residenziale su integrità, etica pubblica e comportamento etico realizzato dal centro di ricerche in criminologia REACT, è stato svolto un breve sondaggio tra alcuni dipendenti della Fondazione. L'analisi delle risposte tratteggia una platea che se da una parte intercetta ampiamente il fenomeno della corruzione a livello territoriale, nazionale e regionale, dall'altra fatica a riconoscerlo, a parlarne e a gestirlo attraverso gli strumenti che la norma ha messo a disposizione del pubblico dipendente. La conoscenza delle misure di prevenzione della corruzione non è uniforme tra i partecipanti e mette in luce la necessità di insistere sul percorso formativo avviato nel 2024.

Si riportano di seguito gli esiti relativi a ciascuna domanda proposta:

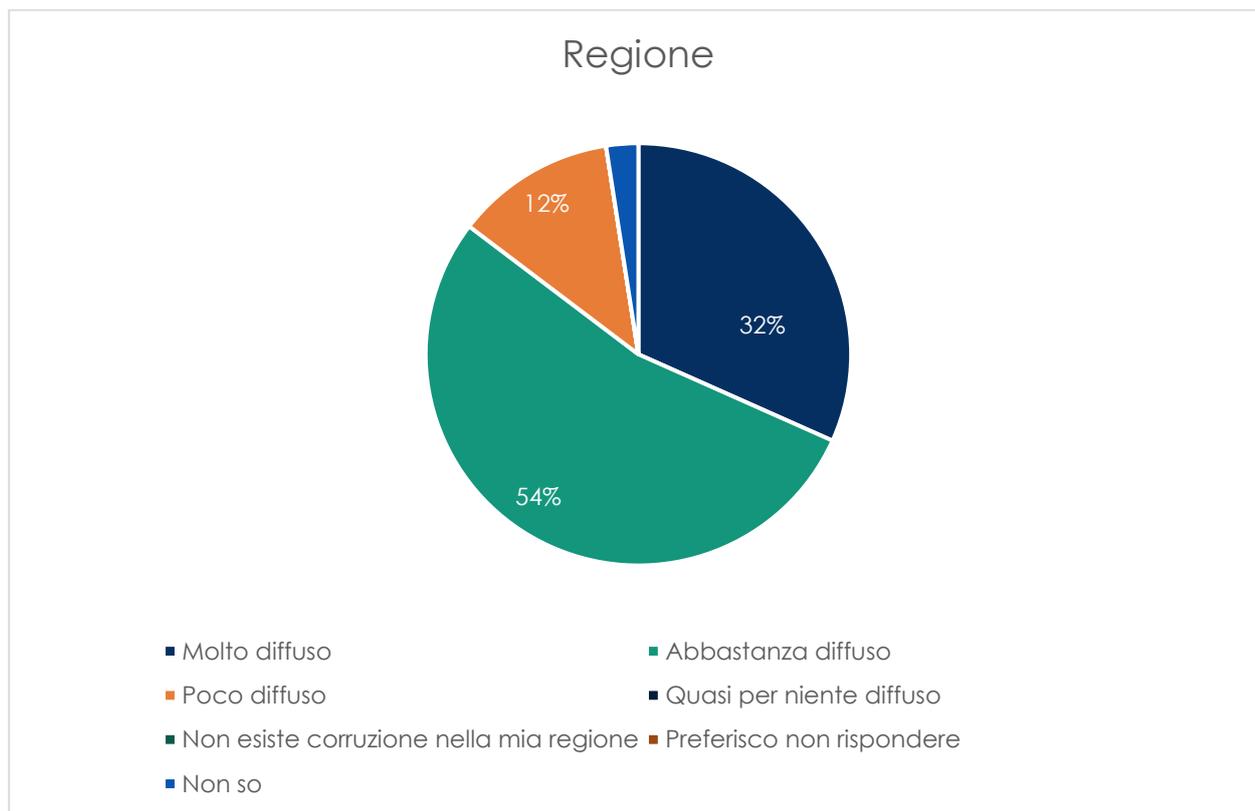
1. *Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana".*



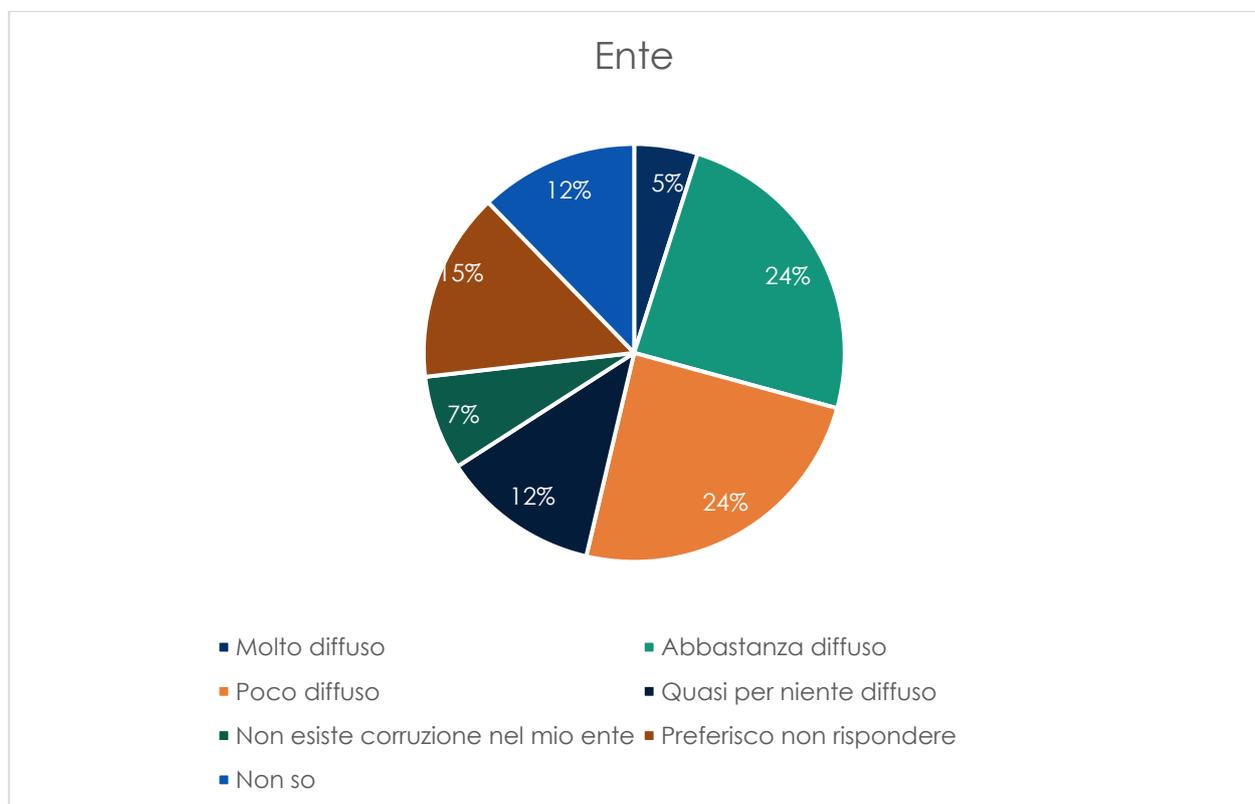
2. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA?



3. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nella sua REGIONE?

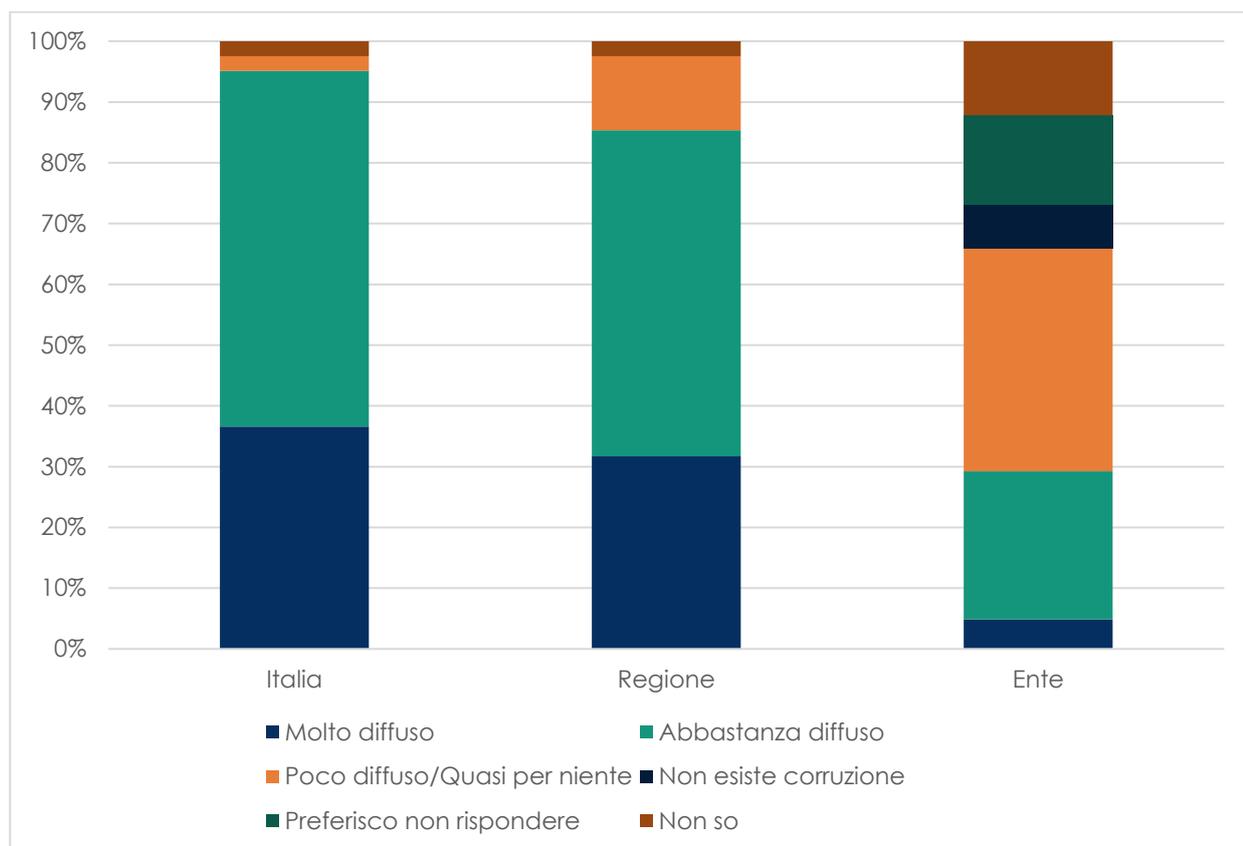


4. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nel suo ENTE?



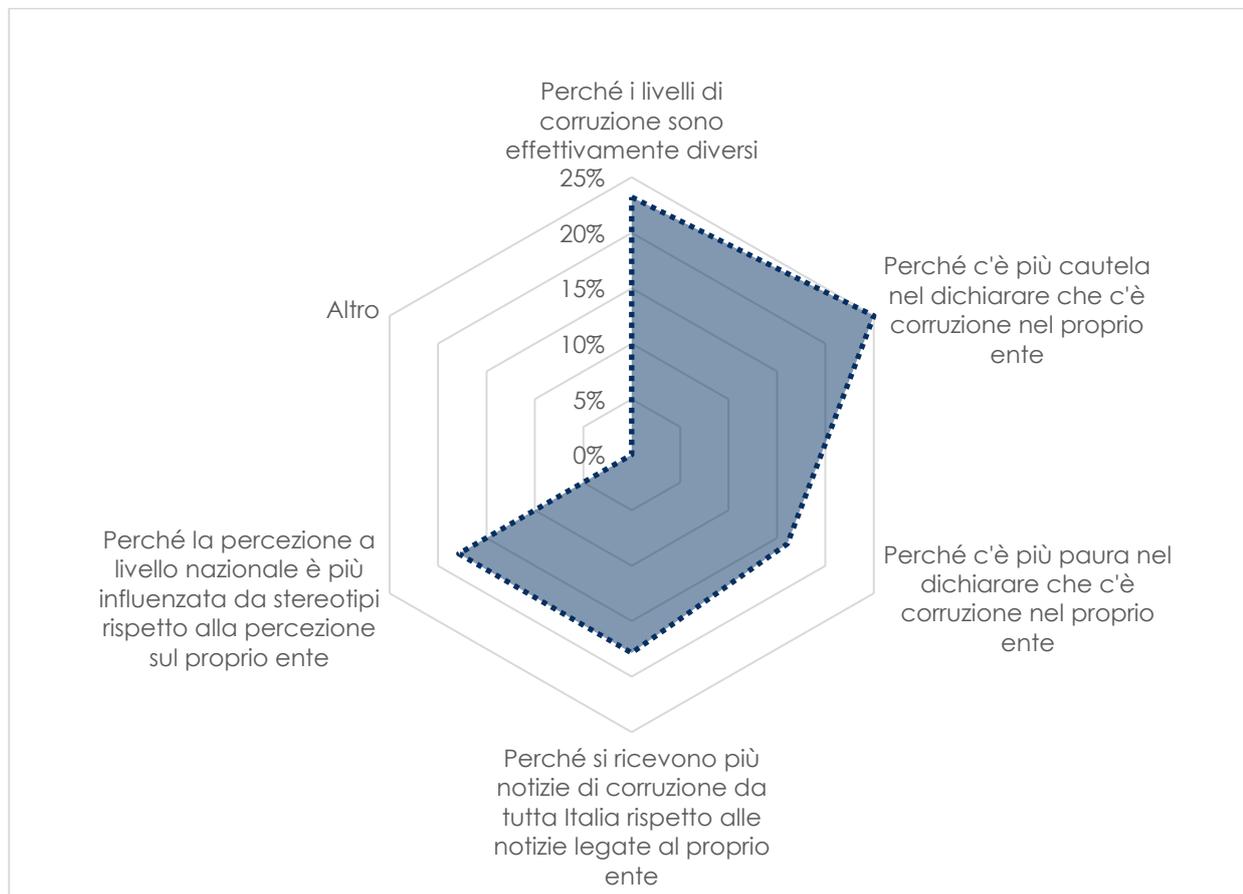


Confronto tra le risposte alle domande 2, 3 e 4.

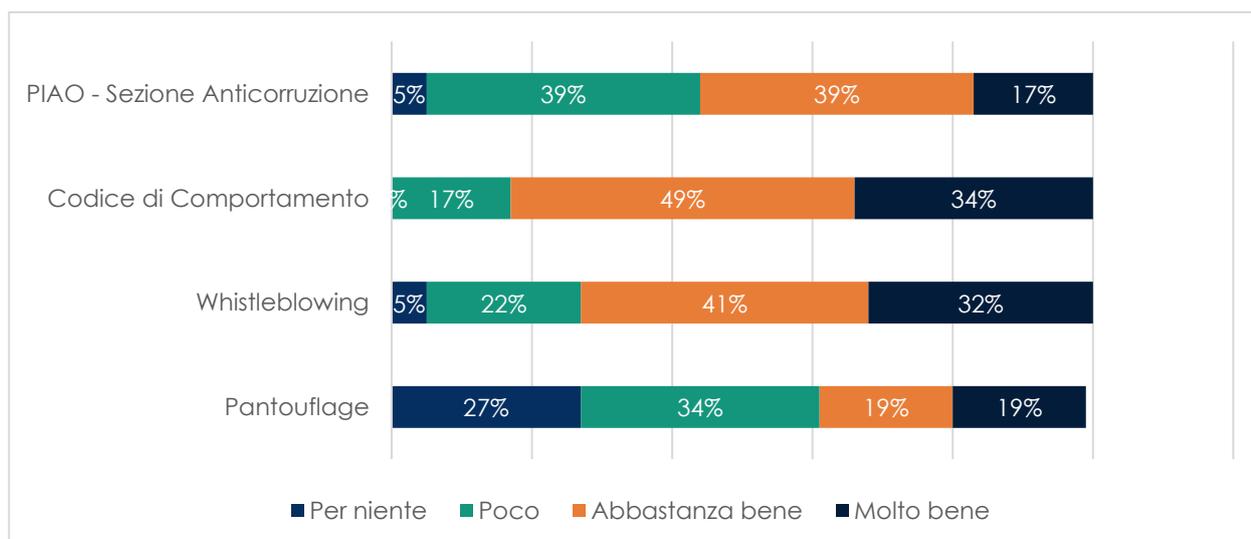


5. Ripensi alle ultime tre domande. Chi ha risposto in passato al questionario ha ritenuto meno diffusa la corruzione nel proprio ente rispetto alla propria regione o all'Italia. Secondo lei perché questa differenza?

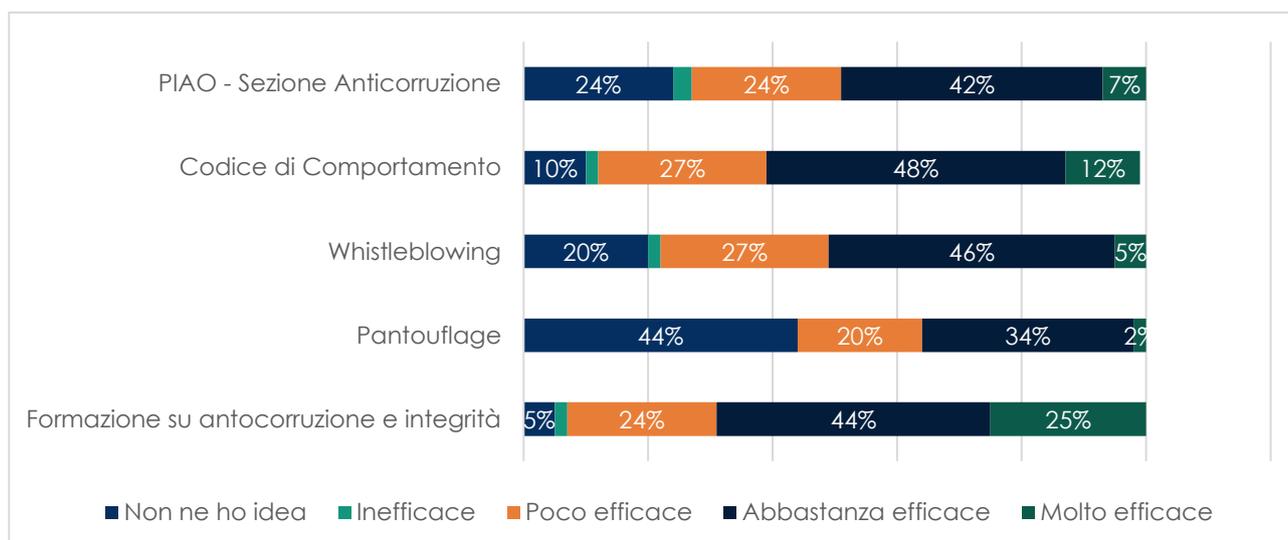
(Possibilità di risposte multiple)



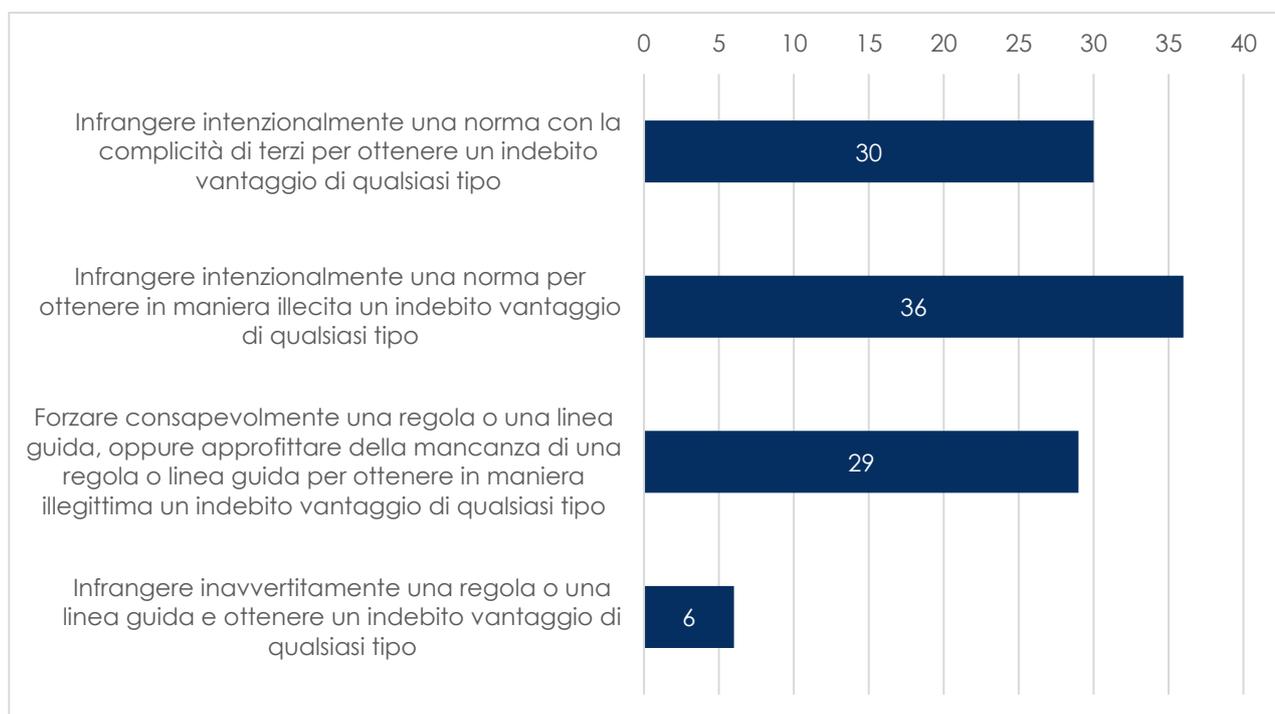
6. Conosce queste misure di prevenzione della corruzione del suo ente?



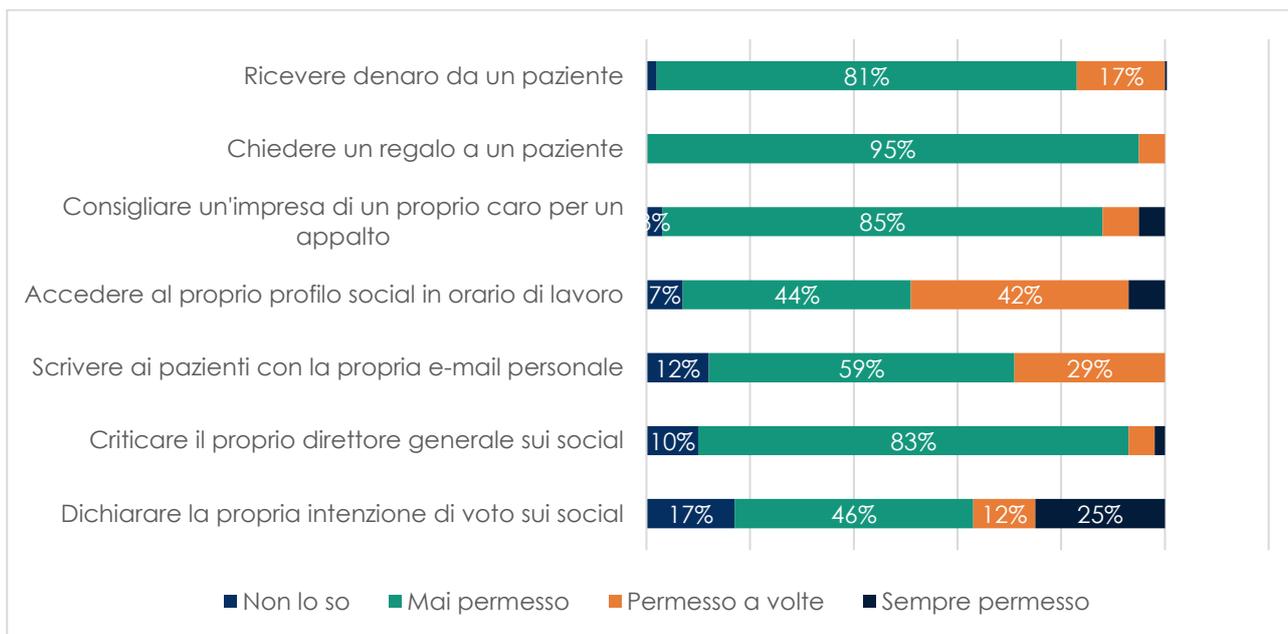
7. Secondo lei qual è il grado di efficacia di queste misure?



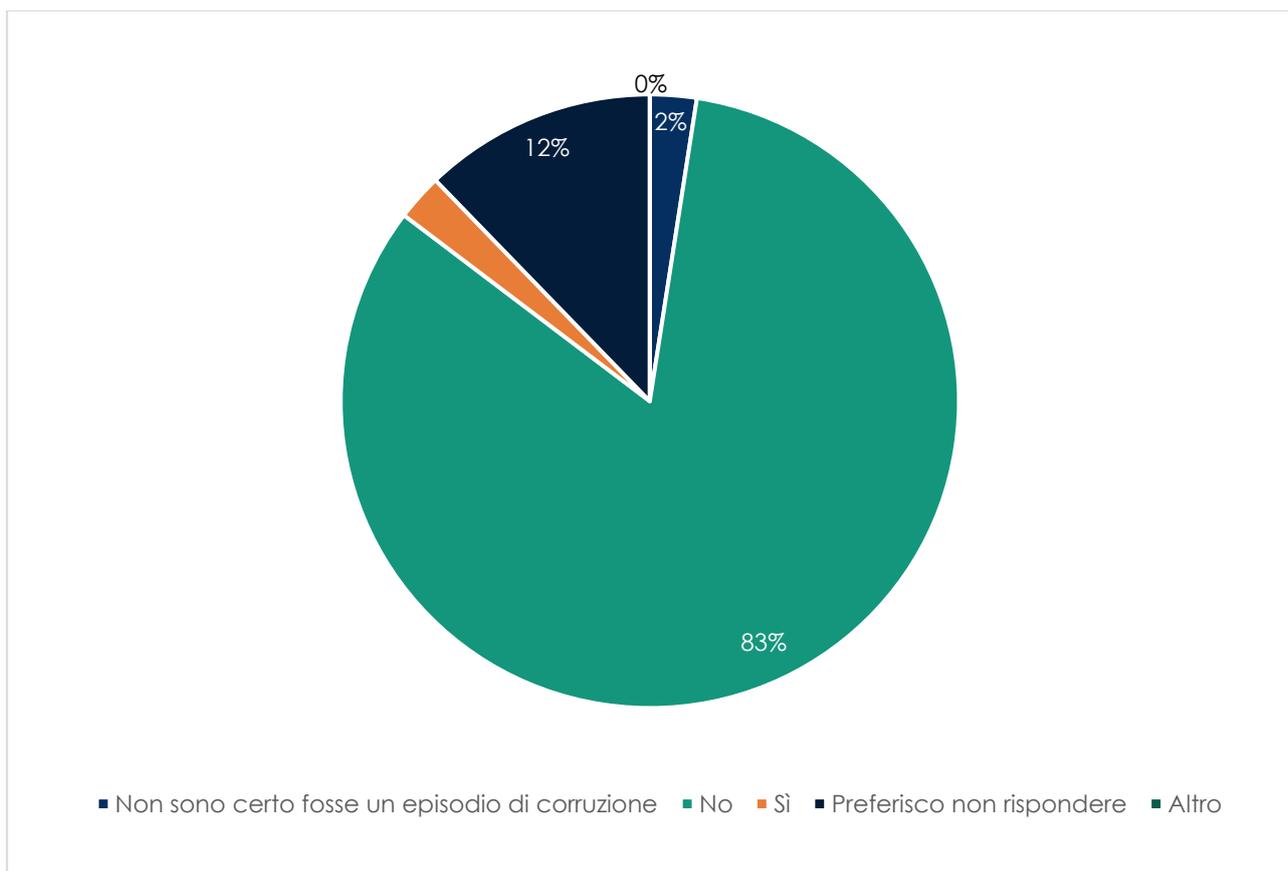
8. Secondo lei, quali delle seguenti situazioni configurano un episodio di corruzione nella Pubblica Amministrazione? (Possibilità di risposte multiple)



9. Secondo il Codice di Comportamento, cosa può fare un dipendente dell'ente?

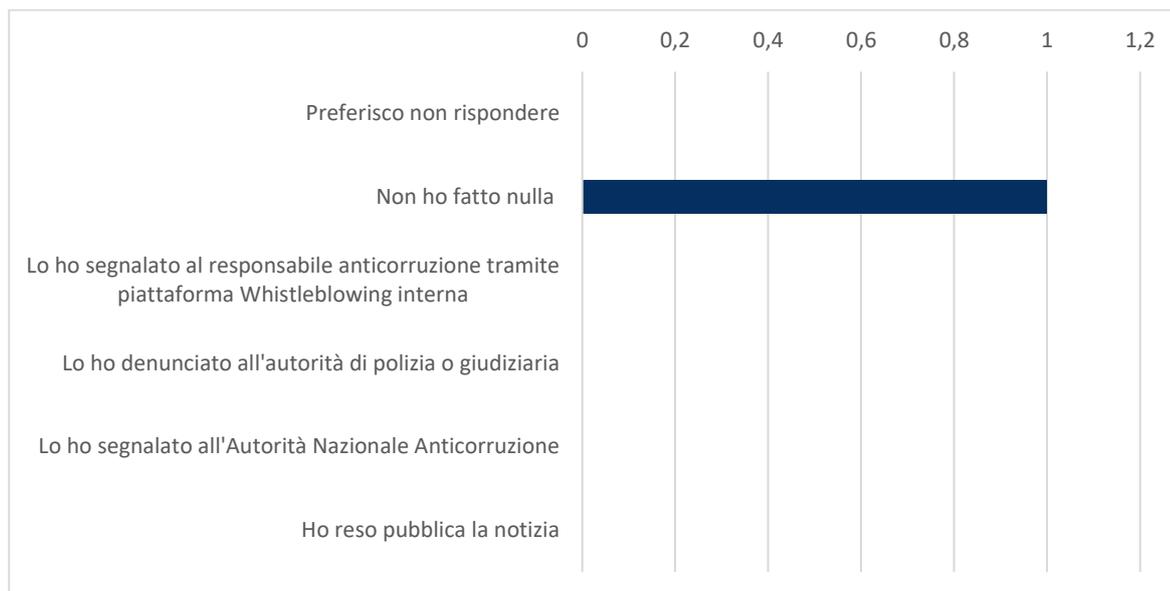


10. È mai stato coinvolto o ha assistito ad un episodio di corruzione?

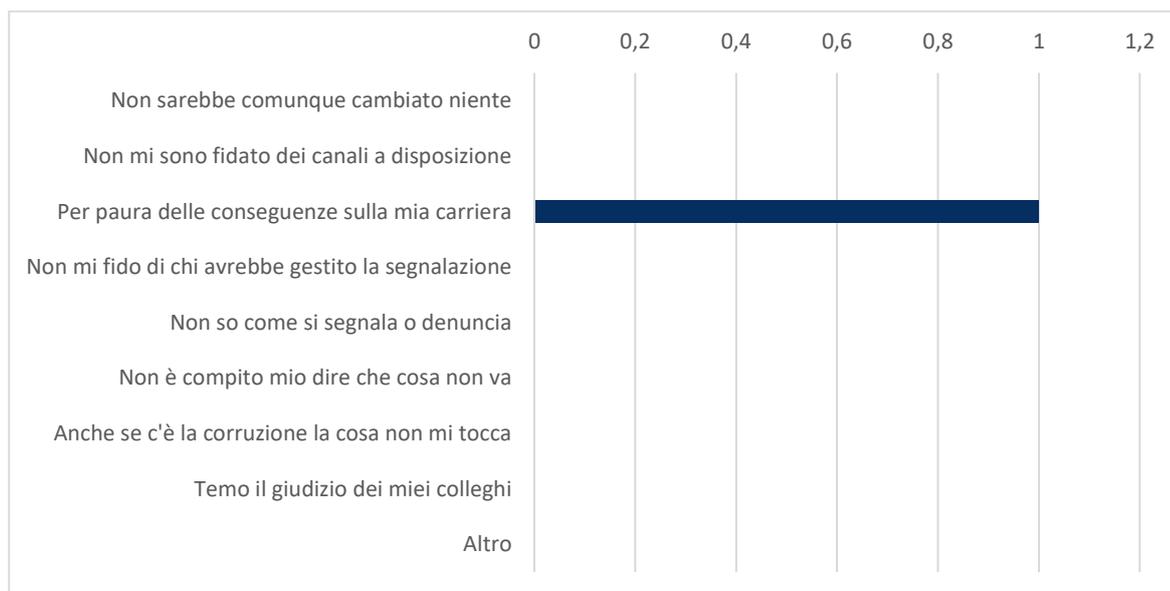




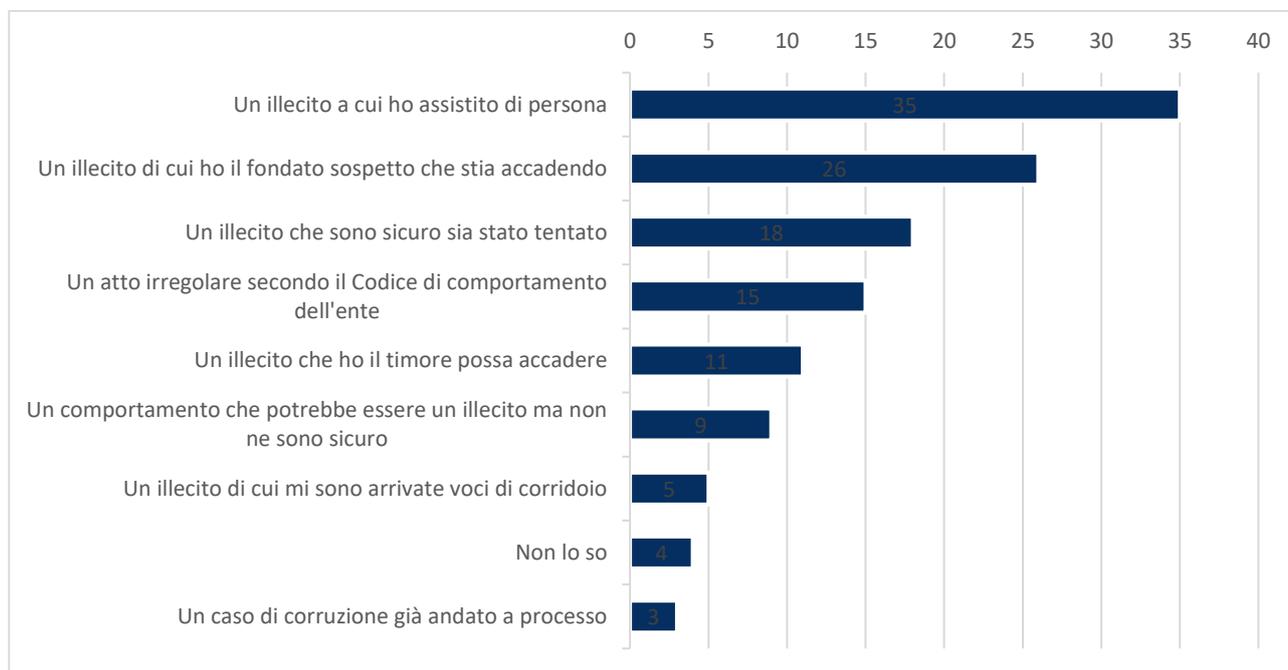
11. E come ha agito?



12. Come mai ha ritenuto di non fare nulla? (Possibilità di risposte multiple)



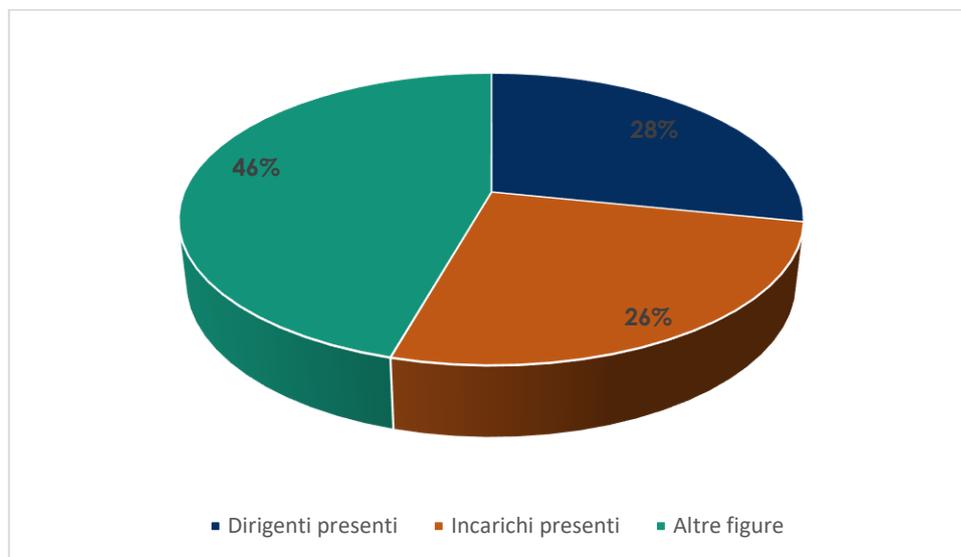
13. Che cosa è possibile segnalare o denunciare con la protezione Whistleblowing? (Possibilità di risposte multiple)



- Formazione residenziale su etica e integrità pubblica: grado di partecipazione del personale amministrativo, tecnico-amministrativo e sanitario delle direzioni centrali (direzione medica di presidio e direzione aziendale delle professioni sanitarie). La convocazione al corso era rivolta in via prioritaria ai dirigenti e agli incarichi organizzativi, tenuto conto del ruolo di presidio sul luogo di lavoro. Il numero totale definito in fase di organizzazione del corso era di 40 partecipanti suddivisi in due eventi formativi.

Il grado di partecipazione ha messo in evidenza complessivamente attenzione ai temi affrontati, anche se parte dei partecipanti non ricoprivano il ruolo istituzionale richiesto nella convocazione. I dipendenti che hanno partecipato in vece di altri lavorano negli uffici più esposti ai rischi corruttivi (es. acquisti, controlli interni, ecc.), pertanto, la delega si è rivelata adeguata e in linea con i temi della legalità nella pubblica amministrazione.

14. Partecipazione corso etica e integrità

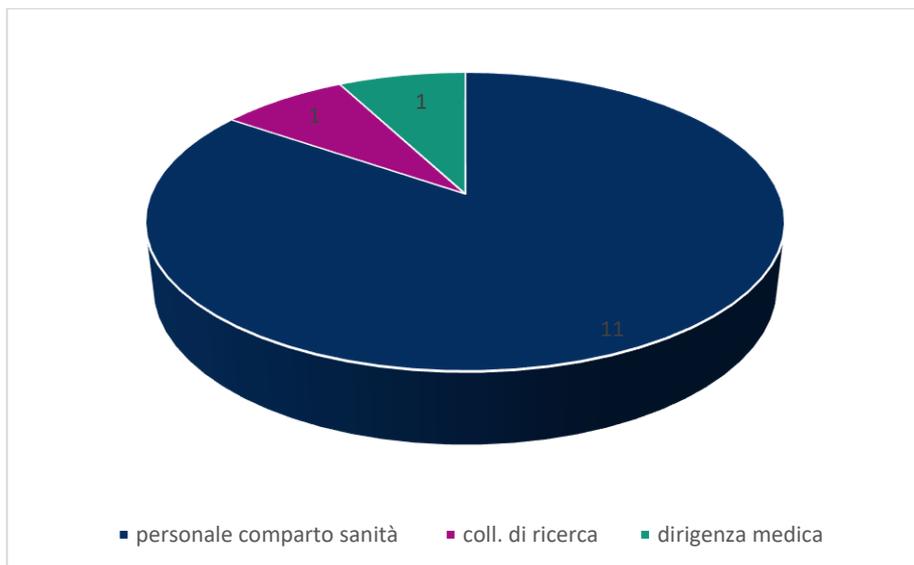


- Tavolo istituzionale con Ufficio Procedimenti Disciplinari: il tavolo (obiettivo PIAO) nasce dalla volontà di adempiere in modo strutturato alle previsioni dell'art. 15 del DPR 62/2013 inerente alla vigilanza, il monitoraggio e la formazione del Codice di Comportamento. Obiettivo comune del RPCT e dell'UPD, nella persona del presidente (e, ciò, in coerenza alle vigenti relative determinazioni aziendali) è di strutturare incontri trimestrali/semestrali durante i quali portare all'attenzione le aree di impatto delle violazioni/contestazioni disciplinari

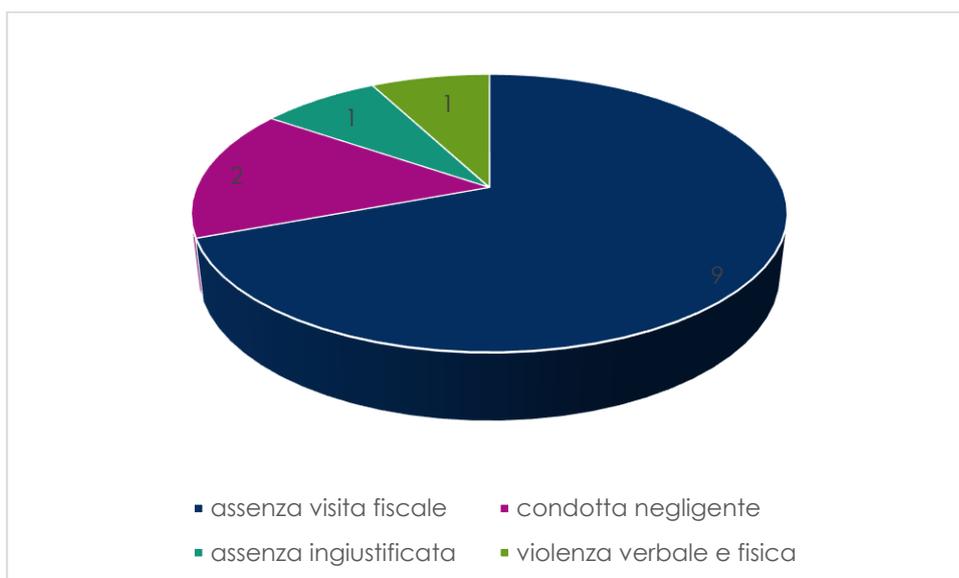
Gli esiti del monitoraggio consentono, infatti, di acquisire elementi conoscitivi in merito alle violazioni commesse, alle sanzioni disciplinari applicate e alle aree maggiormente interessate dalle violazioni e più in generale all'applicazione del Codice di Comportamento. Tutte informazioni di cui tenere conto sia ai fini della Relazione annuale del RPCT (art. 1, co. 14, della L.190/2012), sia della presente sezione del PIAO.

Nei primi 6 mesi del 2024 la maggior parte delle contestazioni riguardano le visite fiscali e alterchi tra colleghi e/o tenuta di comportamenti non conformi con l'utenza.

15. Profilo personale

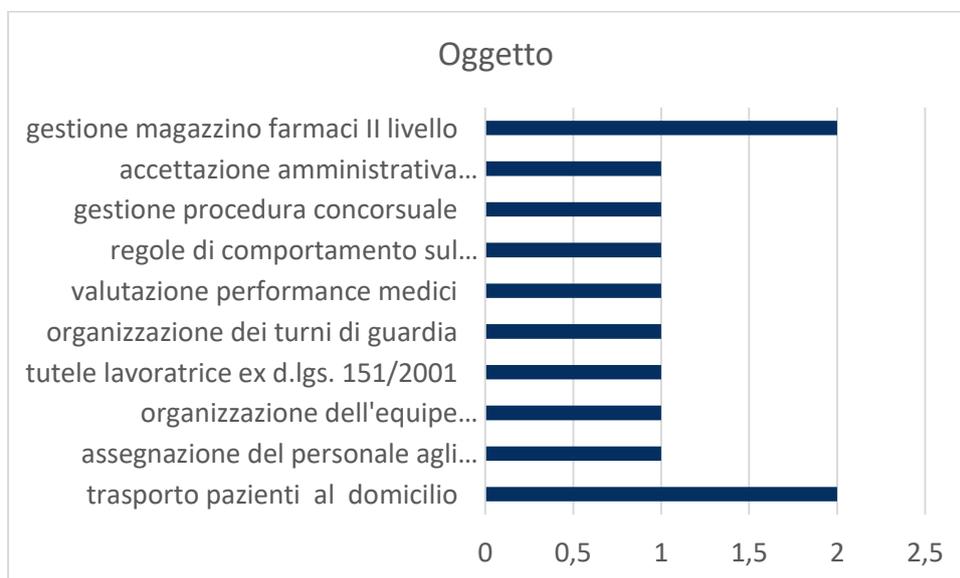
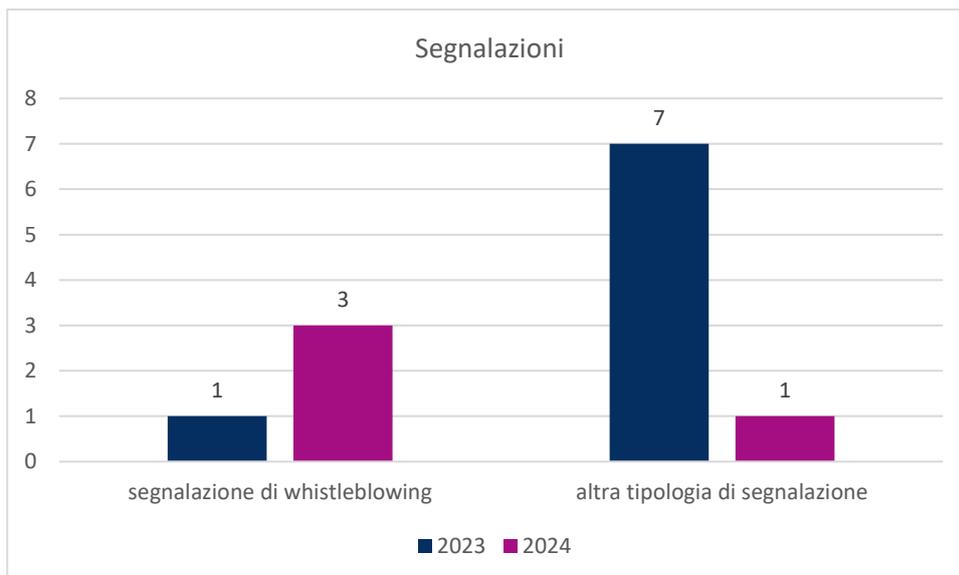


16. Tipologia contestazione



- Segnalazioni di whistleblowing: le segnalazioni oggetto di questa trattazione richiamano quelle rilevate da Regione Lombardia ovvero comprendono le segnalazioni riconducibili all'istituto del whistleblowing e quelle di altro tipo, incluse quelle anonime.

Dall'analisi degli anni 2023 e 2024 si rileva un incremento delle segnalazioni (tutte chiuse senza irregolarità accertate) fatte attraverso la piattaforma di whistleblowing. I processi, in senso ampio, a cui si riferiscono le segnalazioni sono sempre diversi, fatta eccezione per la gestione dei trasporti di pazienti dimessi al loro domicilio e per la gestione dei magazzini farmaci di II livello. Per tale motivo la mappatura dei rischi di questi due processi, già trattati, sarà rivalutata tenendo conto delle nuove tecnologie che saranno a disposizione nel nuovo ospedale (marzo 2024).





Azioni Positive

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico riconosce che le pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, nel trattamento, nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro sono principi fondanti dell'attività di tutte le sue strutture organizzative. Il criterio delle pari opportunità è il principio base fondamentale per mantenere un ambiente di lavoro in cui vi sia rispetto della libertà e della dignità personale, in cui si tutelino e monitorino costantemente la qualità del lavoro.

La dignità sociale, la libertà e l'uguaglianza sono diritti fondamentali di tutti gli individui, sanciti dalla nostra Costituzione che, all'art. 3) recita: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali".

Per maggiori dettagli, si rimanda all'ALLEGATO 3 - Piano delle Azioni Positive 2025 -2027

Si rinvia al Gender Quality Plan <https://www.policlinico.mi.it/assets/fom/documenti/gep-allegato.pdf>



Sostenibilità ed efficientamento energetico

L'ente si impegna a integrare i principi di sostenibilità ambientale e transizione ecologica nelle proprie attività, con particolare attenzione all'efficientamento energetico e alla gestione responsabile delle risorse. Un elemento chiave di questa strategia è la realizzazione del nuovo Padiglione Sforza, progettato secondo i più innovativi standard di efficienza energetica e sostenibilità, con soluzioni avanzate per la riduzione dei consumi, l'ottimizzazione dell'illuminazione naturale e l'utilizzo di fonti rinnovabili.

Il corpo centrale del padiglione Sforza ha anche una funzione tecnica: all'ultimo piano, coperta dal giardino sopraelevato, si trova la "sala macchine", celata in termini visivi e d'impatto acustico con una facciata tridimensionale dalla trama forata, ma compatta e chiusa.

Il grande Giardino Terapeutico sarà un'area dedicata ai pazienti e al personale medico e sanitario, con anche funzioni ricreative, sul quale affacceranno le degenze del nuovo padiglione. Un polmone verde al centro della città, estesa come il Duomo di Milano.

Parallelamente, è prevista una graduale riqualificazione degli altri padiglioni attraverso interventi mirati di efficientamento energetico, riduzione degli sprechi e miglioramento della sostenibilità operativa. Tali azioni rientrano in una visione più ampia di economia circolare e gestione sostenibile delle risorse, promuovendo anche iniziative per la mobilità sostenibile e l'ottimizzazione dei processi interni al fine di minimizzare l'impatto ambientale dell'ente.



Collaborazione con UNIMI

Il Policlinico e l'Università degli Studi di Milano perseguono, se pur con ruoli differenti, un obiettivo unitario e condiviso: prestare assistenza sanitaria, che generi e usufruisca dei risultati della ricerca scientifica in campo biomedico, essendo al contempo fonte di formazione in ambito sanitario pre e post-laurea.

Tra le due istituzioni sono da tempo in atto plurimi rapporti convenzionali ai fini didattici e di ricerca e per le attività assistenziali ad esse connesse, per lo svolgimento di Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico, Corsi di Laurea triennali e Scuole di Specializzazione.

Le attività di programmazione, valutazione e monitoraggio e ogni altra progettualità o compito previsti da un'apposita Convenzione sono concordate nell'ambito del Comitato di Indirizzo, costituito per il Policlinico dal Presidente e dalla Direzione Strategica – Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Scientifico – e per l'Università dal Rettore, dal Direttore Generale, dal Presidente del Comitato di direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dai Direttori dei Dipartimenti Universitari che hanno sede in Policlinico.

La necessità di stabilire meccanismi di coordinamento e condivisione nasce dalla interazione costante delle due istituzioni, sia per l'utilizzo degli spazi fisici e attrezzature dell'ospedale per attività di ricerca e formazione, sia per la condivisione di personale sanitario e tecnico amministrativo. Al fine di garantire:

- un effettivo ricambio generazionale;
- il rispetto dei requisiti di accreditamento e funzionamento di entrambe le parti;
- lo sviluppo di aree disciplinari e linee di attività innovative ed in linea con la mission assistenziale e di ricerca, di cui al congiunto Piano Strategico;
- l'adeguato equilibrio tra attività svolte da Dipartimenti e Aree omogenee e risorse assegnate;

viene definito con periodicità triennale e aggiornamento annuale il fabbisogno organico delle aree cliniche. I due istituti concordano che i rispettivi piani di reclutamento di personale dipendente siano coerenti con esso.

Il personale universitario è immesso alle funzioni assistenziali all'interno dell'Ospedale; mentre per quanto concerne la ricerca scientifica, Policlinico e Università convengono sulla irrinunciabilità, per un moderno centro di assistenza, di ricerca e di formazione in campo sanitario, di un impegno istituzionale congiunto nella ricerca biomedica, sia clinica che di laboratorio, anche in riferimento



alle ricadute che essa ha sulla qualità assistenziale e sulla formazione sia degli studenti sia dei suoi operatori.

In tal senso, si impegnano a favorire in ogni modo lo sviluppo della ricerca scientifica, intesa come patrimonio irrinunciabile di entrambi. Pertanto, nella pubblicazione di tutte le ricerche svolte presso il Policlinico, che vedano coinvolto personale di entrambe le istituzioni sono indicate entrambe.

Infine, il Centro Ricerche Precliniche è un esempio di forte collaborazione tra il Policlinico e i Dipartimenti Universitari aventi sede in Fondazione: tale centro è stato l'anima e la culla dell'attività trapiantologica ed è oggi il minimo comune denominatore di un'attività di ricerca mirata all'approfondimento delle tematiche istituzionali e alla ricerca e sviluppo di procedure terapeutiche innovative con l'utilizzo di modelli sperimentali.

ANALISI DI CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno di questa sezione è finalizzata a definire le caratteristiche dell'ambiente in cui la Fondazione opera, dalla prospettiva del contesto istituzionale, dati economici, demografia e caratteristica dell'utenza, della criminalità e degli stakeholders che hanno interesse, a diverso titolo, in tale ambito.

Liste d'attesa

La riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta una delle principali sfide del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con un impatto significativo sull'accesso equo alle cure e sulla fiducia dei cittadini nel sistema pubblico. Secondo i dati più recenti di Agenas, i tempi medi di attesa per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche possono superare i 120 giorni in alcune aree del Paese, con forti disomogeneità regionali. Anche in Lombardia, pur essendo una delle regioni con migliori performance, persistono criticità in alcune branche ad alta richiesta.

Per affrontare questa problematica, il Ministero della Salute ha adottato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), che stabilisce criteri uniformi per la gestione e il monitoraggio dei tempi di attesa, definendo classi di priorità, rafforzando i sistemi di prenotazione centralizzata e prevedendo un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. Il PNGLA si inserisce inoltre nel contesto del PNRR, che destina finanziamenti specifici per il potenziamento dell'offerta sanitaria e l'ottimizzazione dei percorsi di presa in carico.

L'attuazione efficace del PNGLA richiede il coordinamento tra le Regioni, le aziende sanitarie e gli erogatori di prestazioni, nonché il monitoraggio continuo per garantire il rispetto dei tempi massimi previsti. La Fondazione, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali, promuove azioni per migliorare l'accessibilità e la trasparenza nella gestione delle liste d'attesa, contribuendo a una programmazione più efficace dei servizi sanitari.

Territorio e criminalità

L'ultima Relazione della DIA (Relazione 2° semestre 2023 - Direzione Investigativa Antimafia) evidenzia in generale quanto le diverse forme di criminalità organizzata, nazionale e straniera, presenti sul territorio italiano, preferiscano oggi rivolgere le proprie attenzioni ad ambiti affaristico-imprenditoriali, approfittando della disponibilità degli ingenti capitali accumulati con le tradizionali attività illecite. Si tratta di "modi operandi" già richiamati nelle precedenti relazioni, ma sempre più consolidati.



La criminalità cerca di stare al passo con le più avanzate strategie di investimento, riuscendo a cogliere anche le opportunità offerte dai fondi pubblici nazionali e comunitari (Recovery Fund e PNRR).

Si registrano sempre più diffusi ambiti illeciti che destano minore allarme e riprovazione sociale, ma che generano ingenti profitti gradualmente immessi nei circuiti legali con conseguenti effetti distorsivi delle regolari dinamiche dei mercati. Nella Relazione sono definiti reati “satellite”, rappresentati dal traffico di rifiuti, dalle crescenti fatturazioni per operazioni inesistenti, dalle truffe, dalle false compensazioni di crediti tributari e dall’evasione dei contributi previdenziali ed assistenziali.

L’accumulo di ingentissime risorse finanziarie, quale profitto delle attività-reato poste in essere, necessita di un successivo processo di “ripulitura” dei capitali. Per soddisfare tale esigenza le mafie ricercano costantemente soluzioni sempre più raffinate per rendere difficile l’accertamento dell’effettiva titolarità dei cespiti illegalmente acquisiti.

Per tale motivo la soglia di vigilanza sugli appalti ed erogazioni pubbliche va massimizzata superando, tra l’altro, l’idea che la criminalità organizzata sia confinata entro ristretti limiti nazionali. Per tale motivo serve valorizzare le sinergie e le “best practice” a livello europeo, coinvolgendo tutti gli attori della cooperazione internazionale di polizia e giudiziaria.

Alla luce di quanto sopra, una delle linee di azione condotta dalla DIA di contrasto alla forza economico-finanziaria della criminalità organizzata si riflette nel sistema di prevenzione del riciclaggio, rappresentato dalle segnalazioni di operazioni finanziarie sospette (SOS), caratterizzate, negli ultimi anni, da una crescita esponenziale.

Nel secondo semestre del 2022, le SOS complessivamente analizzate dalla DIA risultano 80.249, oltre il 15% in più rispetto al 2021 e circa il 33% rispetto al 2020. In relazione alle 80.249 SOS analizzate, i corrispondenti soggetti segnalati sono risultati 836.536 (dei quali 518.805 persone fisiche) sul conto dei quali sono stati effettuati tutti gli ulteriori riscontri.

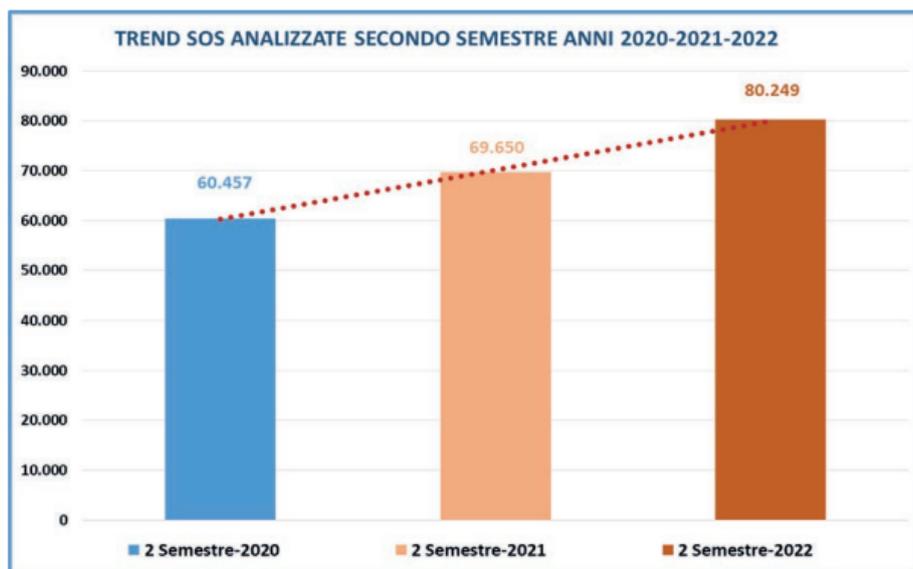


Figura 1 - Trend SOS secondo semestre anni 2020-2021-2022

Con riferimento alle segnalazioni ricondotte dai segnalanti a fenomenologie di più attuale interesse operativo, si collocano 999 SOS legate al fenomeno Covid 19 e 80 SOS riferibili a presunte “anomalie connesse con l’attuazione del PNRR”.



Figura 2 - Esiti analisi massiva SOS nel II semestre 2022

Tali gli strumenti operativi utilizzati dalla DIA, hanno lo scopo di far emergere i fenomeni d’infiltrazione della criminalità mafiosa nel tessuto economico del Paese, caratterizzati dal suo inserimento, diretto o indiretto, negli organi sociali, di gestione e controllo, degli Enti e delle imprese ovvero dall’illecito utilizzo dei canali bancari e finanziari.



Sul piano della cooperazione internazionale, la trattazione delle segnalazioni coinvolge anche quelle provenienti dalle Financial Intelligence Unit estere (F.I.U.) per il tramite dell'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (U.I.F.).

Per quando concerne il territorio lombardo, serve ricordare che le difficoltà economico sociali dovute alla crisi globale di questi ultimi anni e le conseguenze della pandemia da COVID-19 hanno interessato fortemente la Lombardia, nonostante la ripresa economica.

Tuttavia, tale solidità rappresenta anche un fattore attrattivo per l'azione della criminalità organizzata, nazionale e straniera, che cerca di approfittare in vario modo delle opportunità di crescita economica offerte dal territorio lombardo. Proprio in questa fase di ripresa economica, la soglia di attenzione è particolarmente elevata sul rischio di accaparramento, da parte delle organizzazioni criminali, di fondi pubblici stanziati dapprima per l'emergenza sanitaria e per le ristrutturazioni edilizie e, in prospettiva, per il perfezionamento del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che permetterà l'accesso ai fondi stanziati dall'Unione Europea con il cd. Next Generation EU e anche in funzione delle potenziali criticità legate alle opere già in corso di realizzazione per le "Olimpiadi Milano-Cortina 2026".

Il dato più chiaro che emerge dall'attività investigativa e giudiziaria, del semestre considerato, è testimoniato dall'intervento Procuratore Aggiunto coordinatore della DDA (Direzione Distrettuale Antimafia), nel corso dell'intervento, del 18 luglio 2022, sullo stato della criminalità organizzata in apertura del Consiglio Comunale di Milano *"[...] Dal 2010 ad oggi è cambiato moltissimo, ma se la 'ndrangheta è ancora dedita alle attività illecite, queste appaiono subvalenti rispetto alla spiccata inclinazione imprenditoriale [...] Dal 2010 non abbiamo omicidi di 'ndrangheta, hanno cambiato strategia. Le contestazioni riguardano reati di natura economica e finanziaria ...(omissis)... La 'ndrangheta fornisce una serie di servizi a prezzi fuori mercato. Alla 'ndrangheta fanno capo piccole cooperative che non pagano imposte, contributi pensionistici e rendono servizi a imprese di medie o grandi dimensioni e stanno sul mercato in condizione di monopolio, perché hanno un netto vantaggio. Sono evasori totali e restano in vita giusto il tempo di fuggire all'erario e dichiarano bancarotta, venendo poi sostituite da realtà uguali ...(omissis)... Si viene così a creare un sistema che inquina il libero mercato; queste realtà possono fornire ad esempio manodopera a prezzi più che concorrenziali. Rimangono in piedi le aziende che approfittano dell'illegalità e spesso ne sono consapevoli. Il problema del radicamento della 'ndrangheta è la questione etica e la connivenza degli imprenditori. Alle spalle c'è un professionista che mette le sue capacità al loro servizio [...]"*.

La città metropolitana di Milano e le province di Monza e della Brianza e Como continuano ad essere caratterizzate dalla presenza di diverse forme di criminalità organizzata, nazionale e straniera, che si manifestano tramite diversificate condotte illecite, tipiche dei contesti mafiosi (estorsioni, usura, stupefacenti, sfruttamento prostituzione, armi, contraffazione, immigrazione clandestina, reati fiscali, infiltrazione negli appalti, riciclaggio, reati ambientali, corruzione).

La penetrazione delle organizzazioni criminali nei gangli dell'economia, i loro rapporti con settori inquinati della politica o esponenti infedeli della pubblica amministrazione, costituiscono, quindi, un ostacolo allo sviluppo di un determinato territorio ed al progresso civile della sua popolazione. Le mafie rappresentano, cioè, un costante ed elevato pericolo poiché insidiano nel profondo la dignità dei singoli e le condivise regole collettive, minando alla base la democrazia, il mercato e la pacifica convivenza civile.

Corruzione nella PA

Con un taglio diverso Transparency International Italia (Associazione a scopo sociale in partnership con RL su molte iniziative in materia di anticorruzione) rileva il Corruption Perception Index, oggi il principale indicatore globale della corruzione nel settore pubblico. L'indice offre un'istantanea annuale del grado relativo di corruzione classificando paesi e territori di tutto il mondo. Nel 2012, Transparency International ha rivisto la metodologia utilizzata per costruire l'indice per consentire il confronto dei punteggi da un anno all'altro. Secondo tale rilevazione l'Italia si colloca al 41° posto con un punteggio 2022 di 56/100. Dal 2012 lo score è migliorato, ma dallo scorso anno è assestato sullo stesso punteggio.

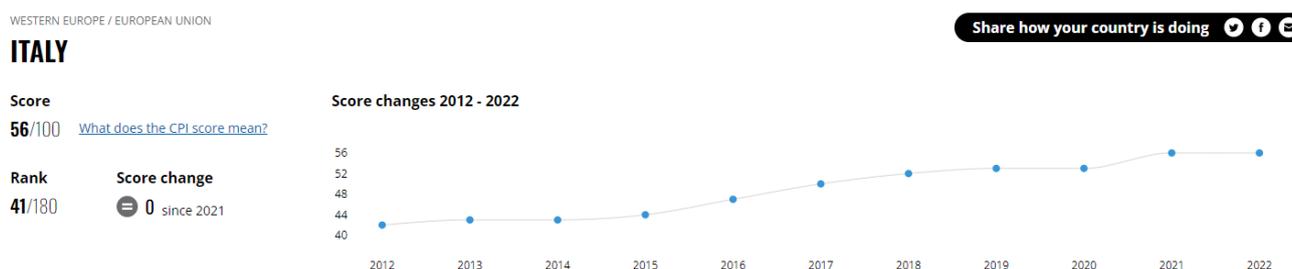


Figura 3 - Corruption Perception Index Italia

La Fondazione segue con attenzione le iniziative di Transparency, da cui ha mutuato in particolare l'applicativo per le segnalazioni di whistleblowing, tenuto conto che questa Associazione rappresenta uno dei principali interlocutori a livello nazionale di ANAC e della SNA (Scuola Nazionale per la PA).



VALUTAZIONE DI IMPATTO DELL'ANALISI DI CONTESTO

A fronte dell'analisi delle informazioni relative al contesto interno ed esterno dell'ente, il team del PIAO ha identificato gli obiettivi operativi da perseguire al fine del raggiungimento dei tre obiettivi trasversali di Valore Pubblico.

Si riporta di seguito l'elenco sintetico

Avvio nuovo padiglione Sforza e riqualificazione altri padiglioni	Completare i lavori edili
	Accreditare con ATS le attività e i reparti
	Installare e rendere operative le nuove grandi tecnologie (Tac, RM, robot centrale farmaceutico)
	Mappare e avviare i nuovi processi organizzativi, flussi e percorsi dei pazienti/utenti.
	Trasferire beni e attrezzature nel nuovo padiglione
	Progettare la riqualificazione dei padiglioni la cui attività è trasferita al padiglione Sforza
	Attivare le procedure per garantire le assunzioni autorizzate per il nuovo ospedale
	Formazione finalizzata all'avvio del nuovo padiglione
Riorganizzazione del sistema produttivo	Fornire metodi applicativi per il contenimento delle liste di attesa e azioni di miglioramento e monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni e mantenimento della valorizzazione della produzione sanitaria
	Attuare i piani di screening regionale
Allineamento assetto organizzativo con POAS	Allineare l'assetto organizzativo con il POAS
Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali	Digitalizzare e riorganizzare i processi gestionali e semplificazione delle modalità di accesso per il cittadino (sistemi elimina code, totem e app)
	Progettare un cruscotto interno aziendale focalizzato sul monitoraggio degli indicatori
Attuazione delle progettualità del PNRR/PNC	Digitalizzare i processi clinici ospedalieri (introduzione nuova cartella clinica)
	Ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie
Valorizzazione della sinergia con Università Statale di Milano	Migliorare e valorizzare la collaborazione con l'Università
Ricerca	Trasferimento della ricerca nei locali in via Pace



Maggiore sensibilizzazione del personale sanitario alla prevenzione dei rischi corruttivo e consapevolezza sugli strumenti a disposizione per prevenirli	Formazione del personale sanitario con focus sulle aree che per prime saranno trasferire nel nuovo ospedale (servizi trasversali es farmacia, blocchi operatori, radiologie, ecc.)
Aggiornamento dell'analisi del processo nella mappatura e delle misure di prevenzione del rischio in atto	Rivalutazione della mappatura dei rischi corruttivi nella gestione delle liste di attesa alla luce delle novità introdotte con la nuova CCE , l'apertura del nuovo ospedale e l'obiettivo della riduzione delle liste di attesa
Analisi dei rischi associati alla gestione dei progetti PNRR e definizione delle misure specifiche di prevenzione	Integrazione dei processi inerenti la gestione dei progetti PNRR nella mappatura dei rischi per la prevenzione della corruzione

PERFORMANCE

Programmazione

La programmazione segue il ciclo della performance, cioè il processo annuale attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse e si valutano e rendicontano i risultati ottenuti, tramite indicatori significativi, misurati a livello organizzativo e individuale.

Il processo si articola nelle seguenti fasi consecutive:

- 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'allocazione delle risorse, verificata in sede di adozione del bilancio di previsione;
- monitoraggio intermedio e finale, misurazione e valutazione della performance con utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali e di programmazione, strategici e operativi.

I driver del livello strategico, in conformità con quanto previsto dalla Missione 6 – Salute del PNRR possono essere riassunti come:

A - accessibilità ai servizi, elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione;

B - buona amministrazione, ovvero il principio di economicità come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento nel tempo;

C - capitale umano, ovvero l'efficacia interna che misura la capacità di raggiungere gli obiettivi definiti, secondo le proprie finalità;

D - digitalizzazione, sinonimo di efficacia nella gestione di tutti i processi dell'organizzazione e necessità per un sistema con un grado di digitalizzazione almeno pari a quello del sistema esterno;

E - esiti, ovvero l'appropriatezza delle cure e della risposta ai bisogni esterni della popolazione, attraverso la misurazione degli esiti clinici (outcome).

Gli obiettivi di performance di livello strategico vengono tradotti in obiettivi di livello operativo, sia individuali che di struttura, con un orizzonte temporale più breve per permettere il monitoraggio e l'eventuale tempestiva attuazione di azioni correttive.

In questo caso, i driver di riferimento sono:

- l'efficienza: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- la qualità dei processi e dell'organizzazione: fa riferimento alla dimensione più interna alla Fondazione e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari. Gli indicatori sono informazioni sintetiche, significative e prioritarie, che permettono di misurare l'andamento aziendale. La misurazione delle performance delle attività e dei processi richiede la definizione di un sistema di indicatori che permetta di rappresentare, in un quadro unitario e completo, la capacità dell'impresa di perseguire i propri obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

Performance

Il ciclo di gestione della performance e viene elaborato in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio. Gli obiettivi e gli strumenti di misurazione e rendicontazione della performance organizzativa, si articolano su due livelli:

- strategico, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dalla Direzione Strategica Aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;
- operativo, definito tramite gli strumenti di programmazione e la loro rendicontazione.

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori e i relativi target, ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale.

Il ciclo della performance per le amministrazioni pubbliche definisce le diverse fasi, consistenti nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo del sistema premiante. Il ciclo si conclude con la 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.

La strategia per il prossimo triennio 2025-2027 ha come obiettivi principali:

- Avvio del Nuovo Ospedale e la riqualificazione degli altri padiglioni;
- Riorganizzazione del sistema produttivo;
- Allineamento dell'assetto organizzativo al POAS;
- Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali;



- Attuazione delle progettualità del PNRR/PNC;
- Valorizzazione della sinergia con Università Statale di Milano;
- Attività di Ricerca.



Obiettivi

Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Avvio nuovo padiglione Sforza e riqualificazione altri padiglioni	Completare i lavori edili	Gestione Tecnico Patrimoniale	Rispetto del cronoprogramma dei lavori	Completamento dei lavori di esecuzione e collaudo	Annuale
	Accreditare con ATS le attività e i reparti	DMP	Istanza di accreditamento	Autorizzazione di ATS	Annuale
	Installare e rendere operative le nuove grandi tecnologie (Tac, RM, robot centrale farmaceutico)	Ingegneria Clinica	Adesione alle gare ARIA e aggiudicazione delle gare di Fondazione Policlinico	Rispetto del cronoprogramma	Annuale
	Mappare e avviare i nuovi processi organizzativi, flussi e percorsi dei pazienti/utenti.	DMP – Gestione Operativa	Rispetto del piano di sostituzione e ammodernamento	Rispetto del cronoprogramma	Annuale
	Trasferire beni e attrezzature nel nuovo padiglione	Ingegneria Clinica – Approvvigionamenti ed Economato	Rispetto del cronoprogramma	Rispetto del cronoprogramma	Annuale
	Progettare la riqualificazione dei padiglioni la cui attività è trasferita al padiglione Sforza	Gestione Tecnico Patrimoniale - DMP	Progetto di riqualificazione	Presentazione entro dicembre 2025	Annuale



Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Avvio nuovo padiglione Sforza e riqualificazione altri padiglioni	Attivare le procedure per garantire le assunzioni autorizzate per il nuovo ospedale	Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Procedure attivate	Evidenza della attivazione delle procedure	Annuale su 3 anni
	Formazione finalizzata all'avvio del nuovo padiglione	Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Comunicazione	Formare il personale sulle modalità organizzative del nuovo padiglione	Evidenza dell'attivazione dei corsi di formazione informazione	Annuale su 3 anni



Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Riorganizzazione del sistema produttivo	Fornire metodi applicativi per il contenimento delle liste di attesa e azioni di miglioramento e	Gestione Operativa	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio	Target regionale	Annuale
	monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni e	Gestione Operativa	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico programmato	Target regionale	Annuale
	mantenimento della valorizzazione della produzione sanitaria	Gestione Operativa	Ricoveri chirurgici programmati	Attività chirurgica programmata 2025 >= 2024	Annuale
	Attuare i piani di screening regionale	DMP	Numero di Screening effettuati	Rispetto target regionali	Annuale

Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Allineamento assetto organizzativo con POAS	Allineare l'assetto organizzativo con il POAS	Direzione Strategica – Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Evidenza allineamento	Allineamento entro dicembre 2025	Annuale



Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali	Digitalizzare e riorganizzare i processi gestionali semplificazione delle modalità di accesso per il cittadino (sistemi elimina code, totem e app)	Sistemi Informativi	Ulteriore sviluppo dei sistemi di dematerializzazione	Avvio progetti dematerializzazione	Annuale
	Progettare un cruscotto interno aziendale focalizzato sul monitoraggio degli indicatori	Gestione Operativa	Creazione del cruscotto interno	Pubblicazione di almeno 2 report al personale interno	Annuale



Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Attuazione delle progettualità del PNRR/PNC	Digitalizzare i processi clinici ospedalieri (introduzione nuova cartella clinica)	DMP -DAPS – Sistemi Informativi	Rispetto del cronoprogramma dei lavori	Rispetto del cronoprogramma e delle tempistiche regionali	Annuale
	Amodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie	Ingegneria Clinica	Rispetto del cronoprogramma dei lavori	Rispetto del cronoprogramma e delle tempistiche regionali	Annuale

Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Valorizzazione della sinergia con Università Statale di Milano	Migliorare e valorizzare la collaborazione con l'Università	Affari Generali – Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Proposta di aggiornamento della convenzione sui rapporti tra università e Fondazione	Condivisione della proposta con la Direzione Strategica	Annuale
	Migliorare e valorizzare la collaborazione con l'Università	Fondazione e Gestione Tecnico Patrimoniale	Progetto di riorganizzazione degli spazi di via Pace in ottica di sinergia Ospedale-Università	Presentazione del progetto	Annuale su 3 anni



Obiettivo	Azione	Responsabile	Indicatore	Target di valutazione	Tempi di monitoraggio
Ricerca	Trasferimento della ricerca nei locali in via Pace	Gestione Tecnico Patrimoniale	Predisposizione progetto di riorganizzazione e il cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma	Annuale su 3 anni



ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Introduzione

Questa sezione è predisposta dal RPCT ed è interamente dedicata al sistema di prevenzione dei rischi corruttivi, alla metodologia di valutazione utilizzate e alle misure organizzative programmate per prevenire ipotetici eventi corruttivi e garantire la trasparenza delle informazioni e dei dati come previsto dalla normativa di riferimento.

L'intera materia di prevenzione dei rischi corruttivi è regolata dalla legislazione nazionale e dalle linee guida di ANAC, che negli anni hanno indirizzato l'azione dei diversi soggetti pubblici, valorizzato le priorità di azione, le metodologie da utilizzare nonché impostato i flussi informativi che alimentano data base nazionali e, attraverso questi, che danno la misura del percorso e dei progressi compiuti in tale ambito sul territorio nazionale.

La Fondazione, pertanto, adempie innanzitutto agli obblighi normativi in materia, rispetta le raccomandazioni dei PNA di ANAC che si sono susseguiti negli anni e si ispira, in particolare, alla metodologia di valutazione dei rischi del PNA 2019 ovvero di valutazione qualitativa dei potenziali eventi corruttivi.

La valutazione dei rischi è parte integrante del contesto interno, in quanto la valutazione delle misure organizzative e i dati raccolti a riguardo contribuiscono a definire la strategia con cui la Fondazione dà concreta attuazione ai principi della legalità, della trasparenza e del comportamento etico.

È descritta nella tabella allegata alla presente sezione e si esplicita in una mappatura dei processi cd più sensibili che, fase per fase, sono indagati dalla prospettiva del potenziale evento corruttivo, con azioni di prevenzione diverse in funzione del processo e del tipo di evento. Tutto ciò è meglio descritto nel paragrafo dedicato, ma evidenzia fin da subito il carattere dinamico di questa attività che risente dei fattori esterni (es. PNRR, digitalizzazione, nuovo codice degli appalti, ecc.), li recepisce e li traduce, tenuto conto del contesto interno, nell'azione di Fondazione sempre in divenire.

La presente sezione, infine, come le altre integranti il PIAO, è frutto di un lavoro collettivo che ha visto le diverse funzioni interessate raccolte in laboratori guidati da esperti per migliorare l'integrazione e l'efficacia di uno strumento programmatico, il PIAO, ancora recente. Emerge evidente lo sforzo avviato dalla Fondazione nel 2024 in tale ambito e il ruolo riconosciuto alla formazione, che è in sé misura generale di prevenzione della corruzione, e che, come si spiegherà



nel paragrafo specifico, ha coinvolti tutti i dipendenti di Fondazione su più linee tematiche e con proposte diverse (formazione sul campo, frontale e a distanza).

La Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di Fondazione è la prof.ssa Silvana Castaldi (Delibera CdA n. 126 del 28/01/2021), dirigente universitario di II livello, che ha ricoperto all'interno dell'organizzazione numerosi incarichi distinguendosi negli anni per integrità, autonomia ed etica professionale.

L'incarico di RPCT si affianca a quello di responsabile della SC Qualità che nell'organigramma organizzativo della Fondazione si colloca in staff alla Direzione Sanitaria. La funzione di RPCT, tuttavia, si posiziona *super partes* e l'interfaccia è diretta sia con la Direzione Generale sia con il CdA.

Tenuto conto della complessità e specificità delle materie trattate all'interno della struttura, al RPCT è stata assegnata una risorsa interna con incarico professionale, dedicata, esperta di organizzazione sanitaria, di controlli interni e componente del team di Internal Auditing della Fondazione.

La durata dell'incarico di RPCT si sovrappone e coincide con quella contrattuale di Responsabile della struttura complessa. In caso di temporanea e improvvisa assenza del RPCT la continuità dell'attività per l'espletamento della funzione è garantita dalla figura incaricata in staff, previo atto autorizzativo della Direzione Generale.

Focus 2025

Relativamente al tema dell'anticorruzione i dati sulla presenza della criminalità organizzata nel territorio lombardo insistono sulle aree degli acquisti, degli appalti e dei servizi esternalizzati che vedono in gioco i maggiori interessi illeciti in ambito sanitario.

La legislazione inerente al PNRR e i contratti che utilizzano i fondi erogati, insieme alla disciplina dettata dal MEF e da Regione per i dati sul monitoraggio da trasmettere al sistema informativo ReGIS, ha avuto importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza da implementare e di controlli da effettuare. I controlli previsti da Regione Lombardia con il Decreto 7796 della DGW in capo ai "soggetti attuatori delegati" sono stati avviati da un Comitato appositamente istituito a fine 2023 (decreto DG n. 3389 del 18/12/2023 - Comitato controlli PNRR).

Tale attività si è affiancata all'organizzazione di incontri con le strutture che in Fondazione hanno ricevuto fondi (Ingegneria Clinica – Sistemi Informativi – Direzione Scientifica) e sono incaricate degli acquisti, della rendicontazione e degli adempimenti conseguenti.

Con riferimento all'analisi del contesto interno, i dati a disposizione evidenziano una situazione stabile senza cambiamenti rilevanti e la necessità di insistere sull'azione formativa focalizzandola sugli strumenti e le



misure generali di prevenzione della corruzione e sulla mappatura dei rischi e le misure specifiche di prevenzione (controlli).

Il contrasto alle attività corruttive deve avvenire, sul territorio come nelle strutture, attraverso la circolazione delle informazioni, la cooperazione sinergica tra gli organi istituzionali e le diverse funzioni interessate, riconoscendo tra le forme di prevenzione più efficaci la formazione per la diffusione, a tutti i livelli, dei principi di legalità partecipata. Per tale motivo la Fondazione insiste sulla formazione che prevede per il 2025 l'erogazione di una FAD in tale materia.

Inoltre, alla luce di quanto sopra si richiamano di seguito le aree oggetto di mappatura dei rischi con la previsione delle nuove aree/processi con cui integrare l'analisi dei rischi.

1. Acquisizione e progressione del personale
2. Incarichi e nomine
3. Contratti pubblici
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico
5. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico
6. Attività libero professionale e liste di attesa
7. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
8. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
9. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
10. Ricerca
11. Gestione progetti con fondi PNRR (da integrare)
12. Gestione magazzini II livello
13. Gestione trasporti

MAPPATURA E ANALISI DEI RISCHI

La mappatura dei rischi è essa stessa elemento essenziale per la raccolta di informazioni relative all'organizzazione e riveste un ruolo strategico all'interno dell'organizzazione. Le azioni associate alla mappatura dei rischi sono chiamate misure specifiche di prevenzione, perché peculiari al processo su cui intervengono; le azioni che, invece, hanno un impatto trasversale su tutta l'amministrazione, sistematiche e stabili nel tempo, sono chiamate misure generali di prevenzione, di cui al capitolo successivo.

Negli ultimi anni in Fondazione sono stati introdotti modelli diversi di identificazione e valutazione del rischio (Sistema Qualità ISO 90001 – Linee Guida ANAC – Progetto ERM Regione Lombardia), sovrapponendosi e rendendo talvolta l'attività più complessa del dovuto.

Fin dall'introduzione del PIAO uno degli obiettivi di Fondazione è stato l'integrazione dei diversi modelli, ma la difficoltà di mettere insieme esigenze diverse rende tale obiettivo, allo stato attuale, non perseguibile.

Pertanto, volendo insistere sulla semplificazione e solo per l'ambito della prevenzione della corruzione, è stato deciso di ispirarsi al modello qualitativo introdotto da ANAC con il PNA 2019, rivisitato in modo tale da valorizzare il lavoro fatto fino ad oggi. Di seguito il modello (da motivare assenza di priorità/ponderazione)

AREA	Settore dell'organizzazione
PROCESSO	Descrizione del processo
EVENTO CORRUTTIVO	Descrizione del rischio
ATTIVITÀ	Descrizione dell'attività (fase del processo a rischio)
FATTORE ABILITANTE	Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio
MISURE GIÀ ATTUATE	Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che già neutralizzano i possibili eventi
MISURA NUOVA	Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi
TEMPI DI ATTUAZIONE	Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura
INDICATORE DI MONITORAGGIO	Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura
RESPONSABILE DELLA MISURA	Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata

La rivalutazione della mappatura già in essere attraverso il nuovo modello sarà effettuata in appositi laboratori formativi. Gli incontri saranno occasione di revisione del lavoro svolto fino ad oggi, di integrazione con nuove aree e processi e saranno finalizzati a fornire ai dipendenti le competenze necessarie per l'implementazione della mappatura nel tempo.

Dal punto di vista dei contenuti, le misure presenti nella mappatura allegata al presente PIAO sono attuali e valide, e le valutazioni di dettaglio sono riportate nelle Relazioni Annuali, la metodologia, invece, risente dell'approccio quantitativo e qualitativo promossi negli anni da ANAC. Tenuto conto di quanto più sopra dichiarata, si riportano alcune indicazioni di ANAC per il metodo valutativo:

Identificazione, analisi e ponderazione. Indipendentemente dai criteri utilizzati per la ponderazione del rischio, l'attività legata al processo di valutazione del rischio è indispensabile per stabilire le azioni da attuare per contenere i fattori che favoriscono i fenomeni corruttivi e per definire le priorità con cui attuarle, tenuto conto degli obiettivi della Fondazione e del contesto in cui opera.

Le azioni associate alla mappatura dei rischi sono chiamate misure specifiche di prevenzione, perché peculiari al processo su cui intervengono; le azioni che, invece, hanno un impatto trasversale su tutta l'amministrazione, sistematiche e stabili nel tempo, sono chiamate misure generali di prevenzione, di cui al capitolo successivo.

La metodologia valutativa di tipo qualitativo indicata da ANAC, molto brevemente, è caratterizzata da:

- l'identificazione dei rischi associati alla mappatura dei processi che realizza il Registro dei Rischi
- l'analisi del rischio attraverso i cd fattori abilitanti e la stima del rischio con indicatori (*key risk indicators*) e relativi dati per la valutazione. A titolo esplicativo i fattori abilitanti di cui si è tenuto conto sono:

- ✓ la mancanza di misure (scarso controllo programmato)
- ✓ la mancanza di trasparenza (scarsa tracciabilità del processo)
- ✓ l'eccessiva regolamentazione (poca chiarezza processuale)
- ✓ l'assenza di competenze/formazione (scarsa responsabilizzazione)

Gli indicatori, invece, sono 6 così numerati:

1. livello di interesse esterno (presenza di benefici o interessi economici)
 2. grado di discrezionalità del decisore (es. poca normativa, assenza regole scritte)
 3. eventi corruttivi nel passato (es. precedenti giudiziari, ricorsi amministrativi)
 4. opacità del processo decisionale (es. assenza di strumenti di trasparenza)
 5. grado di coinvolgimento del responsabile (la scarsa attenzione al tema può indurre ad una sottostima dei rischi reali)
 6. grado qualità (attuazione) delle misure (attraverso gli indicatori)
- la ponderazione del rischio allo scopo di fissare le priorità (alta, media e bassa).

Trattamento del rischio. Il trattamento del rischio rappresenta la fase in cui si individuano, progettano e programmano le misure per ridurre la probabilità che si verifichi. Le misure sono classificate in:

- misure generali o di sistema: con impatto trasversale sull'organizzazione, indicate dalla normativa, da ANAC o da altre fonti e illustrate nel prossimo capitolo
- misure specifiche e ulteriori, obbligatorie in quanto allegate al presente Piano (ALLEGATO 2). Trattandosi di misure specifiche per ciascuna di esse sono riportati i seguenti elementi descrittivi di programmazione:
 - le fasi (e/o modalità) di attuazione
 - la tempistica della misura e/o delle sue fasi
 - le responsabilità connesse all'attuazione
 - gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi che potranno essere di semplice verifica di attuazione on/off (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi, o qualitativi (es. audit o check list volte a verificare la qualità della misura).



MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Dalla loro implementazione, le misure generali di prevenzione della corruzione sono diventate attività stabili e strutturate nell'organizzazione. Alcune misure sono risultate di più difficile attuazione rispetto ad altre e presentano aree di miglioramento, in altri casi si tratta solo di adeguare quanto fatto a cambiamenti del contesto normativo e organizzativo. In altri casi ancora le misure organizzative generali non necessitano di miglioramenti, in quanto le prassi risultano consolidate e adeguate, ma restano attività presidiate. Di seguito una sintesi delle misure generali in Fondazione.

CODICE DI COMPORTAMENTO

La misura e il contesto di Fondazione

Il Codice è strettamente connesso alla politica di prevenzione della corruzione, in quanto le misure specifiche di prevenzione, strutturate in attività da svolgere con risultati attesi, si traducono in doveri di comportamento con inevitabile impatto sul Codice. Allo stesso modo, la valutazione sull'attuazione delle misure specifiche, e degli obiettivi ad esse correlati, permette di capire se e dove sia possibile intervenire con la previsione di doveri di comportamento di cui tenere conto nel Codice.

La Fondazione ha adottato un Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti nel 2018 (Deliberazione 140/2018). A giugno 2023 il DPR n. 81 ha modificato e integrato il DPR 62/2013 e, pertanto, si è provveduto ad aggiornare il Codice (obiettivo PIAO precedente) con Decreto del DG 1573 del 05.05.2024. A giugno e luglio sono stati organizzati due eventi formativi obbligatori rivolti alle funzioni apicali dei servizi amministrativi e tecnico amministrativi. Il grado di adesione al corso e un sondaggio (Forum Sanità) effettuato tra i discenti sono stati valutati tra gli elementi di contesto interno.

Area di miglioramento: Estendere la formazione a tutti i dipendenti

Azione: Corso FAD da programmare sul biennio

GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI

La misura e il contesto di Fondazione

Fermo restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, la Fondazione si attiene alla verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse definite nel Codice di Comportamento (artt. 6 e 7).

Il personale dipendente è responsabile di comunicare situazioni di conflitto di interessi potenziali o reali, attraverso apposita dichiarazione messa a disposizione in funzione della situazione specifica (assegnazione in servizio, coinvolgimento in un particolare procedimento, membro di commissione). Nel caso in cui il dipendente si accorga di trovarsi in una situazione di conflitto di interesse potenziale o reale, intervenuta successivamente alla dichiarazione, è suo dovere astenersi e comunicarlo per iscritto al proprio superiore gerarchico.

Il Dirigente e in particolare il responsabile di servizi e di procedimenti competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimenti finali deve presidiare e gestire il conflitto di interessi attraverso misure sia organizzative che indirizzate all'operato del singolo e facendo rispettare tutti gli obblighi dichiarativi e informativi.

Nel caso di conferimento a dipendenti di incarichi extra istituzionali si applicano i regolamenti interni che, oltre a prevedere criteri di inconferibilità dell'incarico, impongono la verifica preventiva di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi. I Responsabili di tali procedimenti, inoltre, devono pubblicare tutti gli incarichi conferiti in linea con la normativa sugli obblighi di pubblicazione (d.lgs. 33/2013).

In relazione ai consulenti esterni, i Dirigenti Responsabili del procedimento di conferimento provvedono a chiedere la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi o abbia ricoperto o ricopra cariche. Tale dichiarazione viene rilasciata prima del conferimento dell'incarico e viene chiesto di comunicare tempestivamente eventuali situazioni insorte successivamente al conferimento dell'incarico. Anche tale ambito di attività è soggetto alla normativa sugli obblighi di pubblicazione.

Per la disciplina nell'area degli acquisti con riferimento al conflitto di interessi in capo ai dipendenti della stazione appaltante interessati in tutte le fasi possibili del procedimento (progettazione, programmazione, affidamento, esecuzione e pagamento) la Fondazione si attiene al nuovo Codice dei Contratti (d.lgs. 36/2023).

Area di miglioramento: Necessità di:

- uniformare modalità di acquisizione e conservazione delle dichiarazioni
- standardizzare la modulistica
- fornire indicazioni sulla verifica delle dichiarazioni
- valutare l'opportunità di tipizzare le inconferibilità e incompatibilità che si applicano a Fondazione

Azione: Policy sui conflitti di interesse

GESTIONE DELLE INCOFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

La misura e il contesto di Fondazione

L'ANAC con delibera 149/2014 ha chiarito l'ambito di applicazione del d.lgs. 39/2013 con riguardo al settore sanitario, comprendendo gli IRCCS e disponendo che le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità devono intendersi applicate con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. Nel caso specifico sono soggetti alla stessa disciplina i componenti del Consiglio di Amministrazione, in quanto organo di vertice della Fondazione con funzioni di indirizzo e verifica nonché di approvazione degli indirizzi strategici e di nomina del Direttore Generale.

Al fine di assicurare il rispetto delle citate disposizioni, per i predetti incarichi, le dichiarazioni sono acquisite all'atto del conferimento dell'incarico e annualmente (entro il 31 gennaio di ogni anno), per quanto attiene l'insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

La Fondazione, inoltre, recepisce le indicazioni di ANAC (Delibera n. 1146/2019 – n. 713/2020) relative all'applicabilità del d.lgs. 39/2013 agli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non medica) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario; perciò, i dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto sanitario ospedaliero sono sottoposti



al regime di cui al suddetto decreto. Le dichiarazioni, pertanto, sono acquisite al conferimento dell'incarico.

Tutte le dichiarazioni di cui sopra sono oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito web della Fondazione.

Non sono definite allo stato attuale aree di miglioramento

GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI NELLE COMMISSIONI

La misura e il contesto di Fondazione

L'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 relativo alla prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, preclude la possibilità ad operare in settori esposti ad elevato rischio corruttivo, laddove l'affidabilità del soggetto sia condizionata da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

La Fondazione acquisisce le relative dichiarazioni e verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o soggetti cui intende conferire incarichi, all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, nonché in caso di assegnazione di dipendenti ad uffici che presentano le caratteristiche di cui all'art. 35-bis lett. b).

La custodia e la pubblicazione delle dichiarazioni avvengono secondo la previsione normativa in materia.

Non sono definite allo stato attuale aree di miglioramento.

PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI

La misura e il contesto di Fondazione

Il Patto di integrità 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, si applica alle procedure di affidamento, le cui determinazioni a contrarre ex d.lgs. 36/2023 nuovo Codice degli Appalti Pubblici, siano assunte dalle Amministrazioni.

Con DGR del 17 giugno 2019 – n. XI/1751 *“Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all’all. A1 alla LR 27 dicembre 2006, n. 30”* Regione Lombardia ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali.

Si tratta di un accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell’art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

Il documento disciplina i comportamenti tenuti dagli operatori economici e dai dipendenti della Regione Lombardia e dei soggetti del Sistema regionale di cui all’All. A1 della suddetta legge nell’ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al nuovo Codice dei Contratti.

Il citato documento prevede, inoltre le conseguenze relative alla violazione del Patto di Integrità.

Al fine di perseguire un’efficace condotta di tutela della legalità e di uniformare i comportamenti dei soggetti coinvolti a principi morali ed etici, la Fondazione chiede ai concorrenti, nell’ambito della partecipazione ad appalti per la fornitura di beni, affidamento di servizi e realizzazione lavori, il rispetto del Patto di Integrità Regionale attraverso la formale sottoscrizione del documento.

Non sono definite allo stato attuale aree di miglioramento

PANTOUFLAGE

La misura e il contesto di Fondazione

La pratica del pantouflage o delle cosiddette “porte girevoli” (revolving doors) rappresenta il passaggio sospetto di funzionari dal settore pubblico a quello privato e viceversa, per sfruttare la loro posizione precedente presso il nuovo datore di lavoro. L’ANAC è chiamata a vigilare su tali pratiche.

Il d.lgs. 165/2001 all’art. 53 del d.lgs. comma 16 ter. stabilisce che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, i dipendenti pubblici non possono essere assunti o svolgere



incarichi per gli stessi privati, oggetto dei loro precedenti provvedimenti. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di ciò sono nulli, ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

In attuazione della suddetta norma ed in coerenza con le indicazioni ANAC, la Fondazione dispone:

- nei contratti di assunzione del personale, la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto lavorativo soggetti privati destinatari di loro provvedimenti o per i quali hanno dato un apporto decisionale;
- l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico per dimissioni volontarie, di sottoscrivere una dichiarazione con cui prende conoscenza di quanto previsto all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
- che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia previsto che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui al comma 16-ter, dell'art. 53 del lgs. n. 165/2001;
- che sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- che si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165 del 2001.

Non sono definite allo stato attuale aree di miglioramento

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

La misura e il contesto di Fondazione

È una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nell'attività, conseguenti alla permanenza nel



tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. La rotazione inoltre concorre alla formazione del personale, accrescendone le conoscenze e competenze.

L'applicabilità del principio della rotazione in ambito sanitario presenta delle criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni. Le caratteristiche sia del settore clinico, sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, sia del settore amministrativo e tecnico, che richiede altresì competenze specifiche (es. ingegneria clinica, informatica, ecc.), rendono di difficile attuazione questa misura per il personale dirigenziale e del comparto.

Per mitigare l'impatto che potrebbe avere sull'attività, la rotazione in Fondazione può essere attuata solo secondo un criterio di gradualità, compatibilmente con le risorse umane disponibili e nel rispetto del CCNL. In occasione dell'adozione dei POAS (piano di organizzazione aziendale strategico), la Direzione valuta con i dirigenti interessati eventuali modalità operative e procedure per la rotazione dei dirigenti e funzionari afferenti ai settori a maggior rischio corruzione e ne informa il RPCT. Periodicamente le direzioni strategiche sono rinnovate con nuove nomine da parte di Regione. A inizio 2024 si è insediato un nuovo direttore generale, amministrativo, delle professioni sanitarie e degli affari generali e delle convenzioni e di gestione operativa.

Al contempo sono adottate tutte le misure alternative alla rotazione ordinaria, tese ad evitare il controllo esclusivo dei processi, come la segregazione delle funzioni, il rafforzamento della trasparenza e la compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, per esempio attraverso:

- l'articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più attività e responsabilità siano in capo ad un unico
- l'adozione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali e per le istruttorie più delicate
- la programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa suddivisione delle pratiche e secondo un criterio di causalità;

- previsione laddove possibile della “doppia sottoscrizione” degli atti a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell’atto finale

Area di miglioramento

Necessità di sensibilizzare i direttori di struttura sulla misura, presa in carico delle criticità e delle azioni alternative alla rotazione

Azione: Relazione sull’attuazione della misura, sulle difficoltà riscontrate con indicazione delle modalità operative seguite con effetti preventivi analoghi.

ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

La misura e il contesto di Fondazione

È una misura organizzativa introdotta dall’art. 16, comma 1, lett. I – quater del d.lgs. n. 165/2001, che il datore di lavoro deve attuare nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva ovvero quando il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 335 c.p.p. (ANAC - Delibera n. 215 del 26 marzo 2019).

La ricorrenza di detti presupposti, nonché l’avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo, impongono in via obbligatoria l’adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l’amministrazione dispone sull’applicazione dell’istituto.

La rotazione straordinaria ha carattere immediato da quando l’amministrazione è venuta a conoscenza dell’avvio del procedimento penale ovviamente con l’acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l’effettiva ascrizione al dipendente.

La Fondazione si attiene a quanto previsto dalla norma, introducendo l’obbligo di segnalare immediatamente all’amministrazione l’avvio dei predetti procedimenti. L’adozione di tale misura è adottata a firma del Direttore della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane e formazione, ma senza riferimento al procedimento disciplinare per motivi di riservatezza. Non sono definite allo stato attuale aree di miglioramento



TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONE DI ILLECITO (ISTITUTO DEL WHISTLEBLOWING)

La misura e il contesto di Fondazione

Si tratta di una misura organizzativa prevista dall'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 a protezione di colui che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. L'obiettivo di tali tutele, normate dalla legge, è di favorire le segnalazioni a salvaguardia della legalità.

La disciplina in Fondazione, adottata con decreto del DG 2845/2024, è aggiornata all'ultima riforma dell'istituto (D.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023) e delle LG di ANAC (Delibera n. 311/2023).

Il Regolamento tutela in caso di segnalazione, denuncia o divulgazione pubblica:

- i dipendenti della Fondazione con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- il personale dell'università Statale di Milano che svolge, anche con funzioni apicali, attività clinica e organizzativa in ospedale in forza di una convenzione con l'Università
- i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non;
- i collaboratori, qualunque sia il rapporto di lavoro intercorrente con la Fondazione (autonomo, di diritto privato, di consulenza, di collaborazione);
- i lavoratori e i collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore della Fondazione;
- le persone con funzioni di controllo e vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso la Fondazione (CdA, il Nucleo di Valutazione).

La tutela si esplicita in due direzioni, tutela dell'anonimato e tutela da misure discriminatorie. Per quanto attiene la segnalazione, la tutela dell'anonimato è garantita anche attraverso la messa a disposizione a partire dal 2022 della gestione informatizzata della che prevede l'utilizzo di strumenti di crittografia. Il link è disponibile direttamente su Amministrazione Trasparente della Fondazione.

La segnalazione e la documentazione ad essa allegata, inoltre, sono sottratte al diritto di accesso agli atti amministrativi previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 ed

escluse dall'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, co. 2, del d.lgs. 33/2013 nonché sottratte all'accesso di cui all'art. 2-L

Le comunicazioni di misure ritorsive, invece, devono essere trasmesse ad ANAC da parte del soggetto interessato o dalle organizzazioni sindacali.

Ogni anno, entro il mese di gennaio, il RPCT risponde a un questionario di RL per la raccolta delle informazioni inerenti all'andamento di questo istituto che culturalmente non fa ancora parte del tessuto organizzativo della PA.

Area di miglioramento Necessità di: migliorare l'accesso alla piattaforma di segnalazione

Azione: Disponibilità del link di accesso direttamente sul sito

FORMAZIONE

La misura e il contesto di Fondazione

La formazione è considerata una misura organizzativa, in quanto, sui temi specifici, favorisce comportamenti ispirati ai principi etici della lealtà e della correttezza e contribuisce efficacemente a fare crescere la cultura della legalità. Tali comportamenti non possono prescindere, inoltre, dalla piena conoscenza da parte del personale delle disposizioni previste nel Codice di comportamento anch'esso oggetto di formazione all'interno delle organizzazioni.

A tale scopo, la Fondazione promuove annualmente attività di sensibilizzazione e formazione obbligatoria sui temi della prevenzione della corruzione, dei comportamenti da adottare nel rispetto del Codice di Comportamento di Fondazione e assicura la massima divulgazione dei documenti che completano la politica di Fondazione per la prevenzione della corruzione (disciplina del whistleblowing, PIAO, ecc.). In particolare:

- al personale dipendente neoassunto, il responsabile dell'ufficio assunzioni provvede a far sottoscrivere una dichiarazione di presa d'atto della consegna del Codice di comportamento dei dipendenti e della disponibilità on-line del PIAO;
- a tutto il personale, il PIAO è notificato tramite pubblicazione di apposito avviso sul portale intranet della Fondazione.



Relativamente alla formazione del personale, il RPCT, di concerto con la UO Formazione e aggiornamento del personale, provvede a definire nell'ambito del Piano annuale di formazione della Fondazione le attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente, con particolare attenzione ai dipendenti destinati ad operare nei settori più esposti a rischio corruzione. La formazione richiesta nei fabbisogni è sempre stata erogata e prevede annualmente almeno una linea formativa sui temi dell'anticorruzione e ogni due anni una linea formativa per le funzioni di Internal Auditing ritenute strategiche in ambito di controlli interno e di supporto alla prevenzione della legalità.

Area di miglioramento Fabbisogni formativi su:

- Misure e strumenti di prevenzione della corruzione in una struttura sanitaria
- La mappatura dei rischi corruttivi e le misure di controllo nei servizi di supporto tecnico-amministrativo
- Tecniche di internal audit

Azione: Erogazione dei corsi nel 2025

TRASPARENZA

Premessa di contesto

La legge 190/2012 inserisce il principio della trasparenza tra gli assi portanti della politica di prevenzione della corruzione e istituisce il concetto di Amministrazione Trasparente, sezione oggi presente in tutti i siti web delle amministrazioni pubbliche. La trasparenza dell'attività amministrativa, infatti, è intesa come livello essenziale delle prestazioni che concernano i diritti sociali e civili e deve, pertanto, garantire i criteri di facile accessibilità, di completezza e semplicità di consultazione nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati.

Le informazioni e i dati da pubblicare in Amministrazione Trasparente sono definiti nel d.lgs. n. 33/2013, modificato e completato dal successivo d.lgs. n. 97/2016, che rafforza il concetto di trasparenza di cui sopra e introduce l'accesso civico semplice e generalizzato accanto a quello documentale (L. 241/1990).

Il d.lgs. n. 97/2016, inoltre, agisce in modo coerente sulle materie Anticorruzione e Trasparenza unificandone responsabilità e attività, fino ad allora tenute distinte.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) quindi è unico e tale funzione in Fondazione è ricoperta dalla prof.ssa Silvana Castaldi, nominata con delibera consiliare n. 126/2021

Procedura per la pubblicazione dei dati

Le informazioni e i dati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente di Fondazione sono allineati alla previsione normativa e alle linee guida in materia (Deliberazione 1310/2016 ANAC e ss.mm.). Per una facile consultazione, sono riportati nella *"Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione"*, allegata al presente PIAO. La tabella specifica la denominazione dell'obbligo, i riferimenti normativi, la tempistica di pubblicazione e i nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione.

A partire dal 2021, con l'insediamento del nuovo RPCT, è stata avviata un'azione di riordino delle informazioni pubblicate nella sezione ed è stato organizzato un corso di sensibilizzazione (2022) rivolto ai responsabili della pubblicazione e trasmissione degli obblighi.

Attualmente ogni Responsabile della struttura competente assicura in via diretta, o per il tramite di un referente, la corretta, completa e tempestiva pubblicazione degli obblighi.

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 36/2023) e delle modifiche intervenute con la digitalizzazione dell'intero ciclo del contratto, il regime di pubblicazioni da applicare agli obblighi è cambiato in funzione della data chiusura dei contratti (delibera ANAC 605 del 19 dicembre 2023). Nel 2023, pertanto, gli obblighi inerenti all'area dei Bandi di gara e Contratti sono stati in parte aggiornati secondo le indicazioni di ANAC (All. 1 PNA 2022 Delibera 7 del 17 gennaio 2023) e sono stati oggetto di gruppi di lavoro

con i referenti delle strutture interessate. Le pubblicazioni di questa area sono allineate alle novità introdotte e in fase di perfezionamento.

Il rispetto degli obblighi per la Trasparenza, al pari di quelli inerenti alla prevenzione della corruzione, è previsto dal Codice di Comportamento.

Con delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ANAC ha messo a disposizione nuovi schemi di pubblicazione della sezione Amministrazione Trasparente, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

Tre sono i nuovi schemi approvati dall'Autorità relativi a:

- utilizzo delle risorse pubbliche
- organizzazione delle pubbliche amministrazioni
- controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione

Contestualmente, Anac ha deciso di rendere disponibili sul sito dell'Autorità ulteriori dieci schemi, non ancora definitivamente approvati, per una sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota, in relazione alle modalità di pubblicazione delle diverse tipologie e settori di dati previsti.

Per quanto riguarda i tre schemi approvati, le amministrazioni e gli enti avranno a disposizione un periodo transitorio di dodici mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in Amministrazione Trasparente. I dati dovranno poi essere pubblicati secondo i nuovi modelli adottati da Anac e pubblicati sul sito dell'Autorità (allegati dal n. 1 al n. 3 e istruzioni operative della Delibera).

Il RPCT, pertanto, con la collaborazione della SC Sistemi Informativi provvederà nel 2025 all'aggiornamento delle sezioni in elenco.

Monitoraggio e vigilanza sugli adempimenti in tema di trasparenza

La Fondazione, tenuto conto di quanto dichiarato da ANAC (PNA 2023) sul ruolo marginale che in generale le organizzazioni attribuiscono al monitoraggio degli obblighi di pubblicità e trasparenza ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, ha deciso di attenzionare e strutturare meglio questa attività inserendola tra gli obiettivi 2023 del PIAO.

A partire dal 2023 l'attività viene svolta, pertanto, su due livelli:

- il livello di autovalutazione da parte di ogni dirigente responsabile della pubblicazione di obblighi. Annualmente il dirigente sottoscrive una scheda in cui sono elencate tutte le informazioni e i dati di sua competenza che devono essere pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, presente sul Sito Istituzionale di Fondazione ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013. La scheda, datata e firmata e trasmessa la

RPCT, pertanto, equivale ad una dichiarazione da parte del Responsabile sull'adeguatezza delle pubblicazioni in quanto a completezza, aggiornamento e accessibilità.

- il livello di valutazione da parte del RPCT o suo delegato. Annualmente il RPCT verifica a campione le pubblicazioni su Amministrazione Trasparente e verbalizza i risultati attraverso una scheda che fornisce il grado di raggiungimento della pubblicazione rispetto agli standard richiesti (completezza, aggiornamento, accessibilità).

Infine, annualmente il Nucleo di Valutazione è chiamato a valutare gli obblighi attraverso un'attestazione. Tale attività è regolata da ANAC, sia sulla scelta delle pubblicazioni da valutare sia sullo strumento da utilizzare per la valutazione, che dal 2023 è informatizzato (applicativo sito ANAC). L'attestazione, in quanto essa stessa soggetta a pubblicazione obbligatoria, è disponibile nella sezione specifica di Amministrazione Trasparente.

Accesso documentale, accesso civico semplice e generalizzato

Il legislatore ha previsto tre tipi di accesso agli atti amministrativi:

- documentale disciplinato dal capo V della legge 241/1990 relativo al potere/diritto degli interessati di richiedere, prendere visione e ottenere copia dei documenti amministrativi se è presente un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti (es. partecipanti ad una gara, candidati in un concorso, ecc.)
- civico semplice disciplinato dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 relativo al diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni e i dati che le PA hanno l'obbligo di pubblicare in Amministrazione Trasparente, nel caso in cui non l'abbiamo fatto
- civico generalizzato disciplinato dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013 relativo al diritto di chiunque di richiedere documenti e dati delle PA ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria. La richiesta deve essere motivata ed è soggetta a valutazione della struttura responsabile delle informazioni

La Fondazione, coerentemente con quanto previsto da ANAC (determinazione n. 1309/2016), ha adottato un suo Regolamento in materia (delibera consiliare n. 98 del 29-06-2017), che prevede che le istanze siano inoltrate, in via generale, alle strutture competenti del procedimento nel caso di accesso documentale, al RPCT per l'accesso civico semplice e alla SC Affari Generali e delle convenzioni nel caso di accesso civico generalizzato. Compete al RPCT il riesame dell'istanza di accesso, su richiesta del richiedente, nei casi di diniego totale o parziale o in caso di mancata risposta (art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013).

Il Regolamento istituisce il Registro degli accessi, che riporta tutte le richieste di accesso, distinte per tipologia, ed è esso stesso oggetto di pubblicazione semestrale obbligatoria, in capo al RPCT.



Impatto della Trasparenza sull'analisi di contesto

Il grado di adempimento agli obblighi di pubblicazione, inteso come qualità delle informazioni pubblicate, e il ritorno da parte degli interessati attraverso le istanze di accesso sono elementi di contesto da valutare ai fini della prevenzione della corruzione. A tale riguardo non sono stati rilevati problemi, in particolare l'attività di pubblicazione è sempre oggetto di rivalutazione e di miglioramento anche grazie all'uso sempre più diffuso di link che rimandano a data base fonte (PerlaPA, BDNCP, ecc.), da cui le informazioni sono attinte in tempo reale.

Iniziative e coinvolgimento degli stakeholder

La Fondazione sostiene il coinvolgimento degli stakeholder non solo attraverso il rispetto degli obblighi di pubblicazione, ma anche attraverso l'aggiornamento costante del sito per migliorare le informazioni di cui i cittadini hanno maggiormente bisogno.

L'indicatore annuale delle visite su Amministrazione Trasparente per il 2023 rivela 59.000 visualizzazioni della pagina, tuttavia, servirebbe il dettaglio delle sezioni indagate per capire quali sono le informazioni più ricercate, di maggiore interesse e su cui eventualmente ampliare la proposta. La SC SI ha accolto la richiesta di fornire il dato di dettaglio per la prossima pubblicazione.

Nell'interfaccia con il cittadino, per il suo ruolo di ascolto, l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) rappresenta un interlocutore prezioso con cui il RPCT si interfaccia. Le indagini sulla qualità dei servizi offerti (customer, segnalazioni, encomi, ecc.) e le proposte di azioni migliorative predisposte dall'URP sono oggetto di confronto per evidenziare eventuali comportamenti non corretti e azioni di prevenzione. Fino ad oggi le aree che sono emerse come critiche (liste di attesa) sono già sottoposte a misure specifiche di gestione del rischio.

Obblighi di informazione e monitoraggio

La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone al personale dirigente responsabile delle attività più sensibili a rischio corruttivo uno specifico obbligo di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.

Inoltre, l'art. 16 del d.lgs. 165/2001 dispone che *“i dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, [...] esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri [...]:*

- *l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*
- *l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*
- *l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio 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”.*

In attuazione di quanto sopra, i Responsabili dei settori a rischio, individuati nella mappatura dei rischi di corruzione allegata al presente al Piano, hanno l'obbligo di relazionare annualmente ed informare tempestivamente il RPCT in merito allo stato di avanzamento delle singole azioni e misure previste.

Negli ultimi anni la Fondazione ha perseguito l'integrazione dell'attività svolta per la prevenzione della corruzione con il sistema di gestione ISO 9001, che caratterizza tutta l'organizzazione. A tale scopo la Relazione annuale, da trasmettere al RPCT entro il 30 novembre, era stata fatta confluire in via sperimentale nel Riesame di Direzione che annualmente tutte le strutture di Fondazione predispongono secondo gli standard ISO 9001 per la Certificazione Qualità. Il Riesame ISO comprende, tra gli altri elementi, la valutazione dei processi, l'identificazione dei rischi e la previsione laddove necessaria di azioni di prevenzione. Per tale motivo si riteneva appropriato che in queste valutazioni fosse ricompresa anche l'attività finalizzata alla prevenzione della corruzione (misure generali e specifiche).

Allo stato attuale, tuttavia, si ritiene che i due sistemi non siano ancora del tutto integrabili in particolare per la mancanza di risorse che possano affiancare le strutture interessate nella fase di passaggio.

Si ritiene pertanto necessario rivalutare l'integrazione più a lungo termine e nel contempo ripristinare l'invio della Relazione annuale.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del RPCT da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del Piano è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

MONITORAGGIO DELLA SEZIONE PREVENZIONE E CORRUZIONE E TRASPARENZA

La responsabilità del monitoraggio della presente sezione è attribuita al RPCT, che ogni anno predispone una relazione sull'attuazione del Piano (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). La relazione è trasmessa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e al Consiglio di Amministrazione e viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio della sezione, il RPCT si riserva una verifica intermedia generale di tutte le misure pianificate nel Piano, con la collaborazione dei Responsabili dei settori a rischio, attraverso lo svolgimento di incontri o acquisendo eventualmente, dagli stessi, specifiche note sull'attuazione delle misure nelle aree attenzionate. A ciò si aggiunge la Relazione annuale di cui al paragrafo precedente.

Inoltre, il RPCT collabora con il Collegio Sindacale, allo scopo di assicurare un sistema di prevenzione della corruzione coerente al contesto organizzativo della Fondazione.

Responsabilità

Responsabilità del personale

- Misure di prevenzione e contrasto alla corruzione: le misure adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non dirigenti (art. 8 del dpr 62/2013 "Codice di comportamento"), nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza, in rapporto convenzionale o borsista.

La violazione delle misure di prevenzione previste nel Piano costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, per tutte le altre figure professionali operanti in Fondazione può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).

- Misure di trasparenza: la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni e dei dati, da parte dei responsabili individuati nell'ALLEGATO 1 del presente Piano, viene valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001.

Rientra nelle competenze del RPCT, ai sensi dell'art. 43 del d.lgs.33/2013, segnalare all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al Consiglio di Amministrazione e al Nucleo di Valutazione, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Obiettivi sezione anticorruzione e trasparenza

Maggiore sensibilizzazione del personale sanitario alla prevenzione dei rischi corruttivo e consapevolezza sugli strumenti a disposizione per prevenirli	
Azione da realizzare	Formazione del personale sanitario con focus sulle aree che per prime saranno trasferire nel nuovo ospedale (servizi trasversali es farmacia, blocchi operatori, radiologie, ecc.)
Responsabile	DIREZIONE STRATEGICA – RPCT
Baseline	La formazione sulla prevenzione della corruzione fino ad oggi è avvenuta attraverso una FAD obbligatoria e corsi ad hoc per il personale afferente ai servizi tecnico amministrativi. L'occasione del nuovo ospedale con i nuovi flussi di approvvigionamento, percorsi assistenziali e tecnologie a disposizione è occasione per inaugurare un corso di formazione per i professionisti sanitari
Indicatore di misurazione	Effettuazione del corso
Target di misurazione della realizzazione dell'obiettivo	Svolgimento di un'edizione di un corso di formazione dedicato alla sensibilizzazione del personale sanitario
Indicatore di valutazione	Valutazione del grado di apprendimento
Target di valutazione della realizzazione dell'obiettivo	Esito positivo della valutazione sul grado di apprendimento => al 70% dei partecipanti
Tempi azione	Secondo semestre 2025

Aggiornamento della mappatura dei processi per la gestione del rischio corruttivo e delle misure di prevenzione in atto

Azione da realizzare	Rivalutazione e aggiornamento di tutta la mappatura dei rischi corruttivi (introduzione nuova metodologia di valutazione del rischio), con particolare attenzione a quelli associati alla gestione delle liste di attesa alla luce delle novità introdotte con la nuova CCE e all'apertura del nuovo ospedale
Responsabile	RPCT – DMP – SI
Baseline	L'esposizione del processo di gestione delle liste di attesa a fattori di rischio corruttivo è sempre attuale e l'obiettivo della riduzione delle liste di attesa impone ulteriore attenzione da parte dell'organizzazione e dei servizi deputati al controllo affinché tutto ciò avvenga nel rispetto delle misure di prevenzione del rischio*
Indicatore di misurazione	Aggiornamento registro rischio tramite nuova struttura di mappatura
Target di misurazione della realizzazione dell'obiettivo	Aggiornato il registro di rischi di processi legati all'apertura del nuovo ospedale e alle liste d'attesa
Indicatore di valutazione	Precisione dell'analisi (distinzione tra eventi / fattore abilitante)
Target di valutazione della realizzazione dell'obiettivo	Tutte le fasi del processo liste di attesa saranno analizzate distinguendo tra evento rischioso e fattore abilitante
Tempi azione	Primo semestre 2025



Integrazione dell'analisi dei rischi associati alla gestione dei progetti PNRR e formalizzazione delle misure specifiche di prevenzione nel contesto di Fondazione

Azione da realizzare	Integrazione dei processi inerenti alla gestione dei progetti PNRR nella mappatura dei rischi per la prevenzione della corruzione
Responsabile	RPCT – Staff RPCT – SS.CC. interessate da progetti PNRR
Baseline	I controlli effettuati sui progetti PNRR sono attualmente quelli previsti dal decreto 7796 di RL e rendicontati su REGIS. Non è stata tuttavia strutturata e formalizzata un'analisi puntuale del processo comune alle diverse strutture che gestiscono i fondi PNRR.
Indicatore di misurazione	Definizione delle misure specifiche associate ai rischi
Target di misurazione della realizzazione dell'obiettivo	1 rischio per area/fase processo, condivisione delle misure tra le ss.cc. interessate da progetti con fondi PNRR
Indicatore di valutazione	Registro rischio – Misure di prevenzione
Target di valutazione della realizzazione dell'obiettivo	SI
Tempi azione	Primo semestre 2025

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Introduzione

La Struttura SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane ha in capo la gestione e la valorizzazione delle risorse umane che a vario titolo operano presso la Fondazione, curando gli aspetti di carattere giuridico ed economico in coerenza alle vigenti norme nazionali e regionali nonché alla contrattazione collettiva nazionale ed a quella integrativa aziendale.

Supporta la Direzione Strategica partecipando attivamente alle scelte aziendali e strategiche, per gli ambiti di propria competenza, attuando gli indirizzi gestionali espressi dalla medesima Direzione e garantendo tutte le attività propedeutiche a:

- determinazione dei fabbisogni di personale;
- reclutamento del personale;
- promozione di strumenti e percorsi finalizzati alla valorizzazione delle risorse umane in coerenza con la mission aziendale e delle singole Strutture. Ciò si attua anche con la definizione dei percorsi formativi e delle progressioni di carriera del personale dipendente, con particolare riguardo agli incarichi di funzione del personale del comparto e agli incarichi dirigenziali del personale dirigente;
- gestione giuridica ed economica, anche per la parte previdenziale, delle risorse umane relativamente alle diverse tipologie di rapporto di lavoro;
- sistema di misurazione della performance e procedure di valutazione del personale
- rilevazione delle presenze/assenze e supporto a tutte le Strutture nella programmazione dei turni di lavoro;
- gestione dei rapporti con le Organizzazioni Sindacali;
- rispetto del Codice Disciplinare e relative competenze in capo all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Alla Struttura, in coerenza con le indicazioni regionali, afferiscono le attività di Formazione e Aggiornamento del Personale. La formazione costituisce uno strumento fondamentale per lo sviluppo professionale del personale, nonché per la realizzazione degli obiettivi aziendali e per il miglioramento qualitativo dei servizi offerti all'utenza. Costituisce inoltre opportunità e stimolo di crescita di tutto il sistema, come dimostrato anche dalla obbligatorietà di alcuni ambiti formativi anche ai fini del rispetto della normativa vigente, utili ad accrescere le competenze professionali mediante acquisizione dei relativi crediti formativi.

Fabbisogno del personale

La carenza di personale registrata negli ultimi anni ha determinato ad un consolidamento nonché ad un innovamento dei processi di controllo strumentale sull'andamento del personale.

In particolare, al fine di determinare il reale fabbisogno di personale, è stato creato di un sistema di controllo a cadenza mensile volto a determinare il personale presente al primo giorno di ciascun mese suddiviso tra area della Dirigenza e del Comparto nonché per singolo Struttura.

Le informazioni sotto riportate fanno riferimento al PTFP 2024-2026. La Fondazione IRCCS si riserva di aggiornare il presente documento nelle more di definizione del Nuovo PTFP 2025-2027, in coerenza con le indicazioni di Regione Lombardia.

Nello specifico, per il personale della Dirigenza è stato impostato un file apposito di cui si riporta un esempio grafico a titolo esemplificativo:

DESC_CDR	QUALIFICA	31/12/2019	01/09/2023	ATIPICI 01/09/2023	DELTA SU TESTE REALI - DIPENDENTI 2019/2023	ASSUNZIONI PREVISTE	CESSAZIONI PREVISTE	TOTALE TESTE REALI
GINECOLOGIA	DIR. MEDICO	29	33		▲ 5	1		34
HOSPICE E CURE PALLIATIVE	DIR. MEDICO	0	3		▲ 3			3
HOSPICE E CURE PALLIATIVE	DIR. PSICOLOGO	0	0	1	▲ 0			0
INGEGNERIA CLINICA	DIR. PROFESSIONALE-ING	1	2		▲ 1			2
MALATTIE INFETTIVE	DIR. MEDICO	7	17		▲ 10			17
MEDICINA - ALTA INTENSITA' DI CURA	DIR. MEDICO	16	17	1	▲ 1			17
MEDICINA - EMOSTASI E TROMBOSI	DIR. MEDICO	14	18	2	▲ 4			18
MEDICINA - EMOSTASI E TROMBOSI	DIR. BIOLOGO	2	2		▲ 0			2
MEDICINA - IMMUNOLOGIA E ALLERGOLOGIA	DIR. MEDICO	12	17	1	▲ 5			17
MEDICINA AD INDIRIZZO METABOLICO	DIR. MEDICO	17	18	5	▲ 1			18
MEDICINA AD INDIRIZZO METABOLICO	DIR. PSICOLOGO	0	0	1	▲ 0			0
MEDICINA DEL LAVORO	DIR. CHIMICO	1	1		▲ 0			1
MEDICINA DEL LAVORO	DIR. MEDICO	19	17		▼ -2			17
MEDICINA DEL LAVORO	DIR. PSICOLOGO	2	2		▲ 0			2
MEDICINA DEL LAVORO	DIR. BIOLOGO	1	1	1	▲ 0			1
MEDICINA NUCLEARE	DIR. CHIMICO	1	0	1	▼ -1			0

Per ogni Struttura della Fondazione IRCCS è stato inserito il numero dei dipendenti presente alla data del 31/12/2019 quale termine di riferimento (ante-Covid) nonché alla data di compilazione del file con la specifica della qualifica professionale. Il delta, ossia il differenziale, tra l'anno 2019 e l'anno di comparazione evidenzia l'incremento o la riduzione del personale in ciascuna Struttura rispetto al periodo ante-Covid (31/12/2019) e post-Covid (data corrente).

L'attività di monitoraggio dell'andamento del personale è utile anche ai fini dell'eventuale espletamento delle procedure dell'incremento di posti in organico, non ancora coperti e disponibili in dotazione organica approvata, oppure resisi vacanti a seguito di turn-over di personale per cessazione dal servizio a vario titolo.

Per quanto riguarda il personale dell'area del comparto, è stato creato un monitoraggio analogo a quello descritto sopra che tiene conto sia delle previsioni delle assunzioni nonché delle cessazioni, di cui si riporta di seguito un esempio grafico, sempre a titolo rappresentativo:

QUALIFICA	16/09/2023	DELTA 2019/2023	ASSUNZIONI PREVISI	CESSAZIONI PREVISI	TESTE FINE ANNO	RICHIESTA DPS	DELTA VS RICHIESTE DP
COLL. PROF. SAN. - OSTETRICA	137	▲ 137	4	3	138	140	▼ -2
COLL. PROF. ASS. SOCIALE	18	▲ 18		1	17	14	▲ 3
COLL. PROF. SAN. - ASS. SANITARIA	1	▲ 1			1	1	▲ 0
COLL. PROF. SAN. - TECNICO DI LABORATORIO	146	▲ 146	4	1	149	150	▼ -1
COLL. PROF. SAN. - TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	9	▲ 9			9	8	▲ 1
COLL. PROF. SAN. - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	72	▲ 71	0	2	70	79	▼ -9
COLL. PROF. SAN. - TEC. PERFUSIONISTA	3	▲ 3			3	0	▼ -3
COMMESSO	20	▲ 20		1	19	2	▲ 17
INFERMIRE GENERICO	1	▲ 1		1	0	0	▲ 0
OPERATORE TECNICO	73	▲ 72		3	70	91	▼ -21

A differenza dell'Area della Dirigenza, la definizione del fabbisogno di personale per ciascuna figura professionale dell'area del comparto non tiene conto della suddivisione per CDR. Il monitoraggio risulta ancora più tempestivo considerato l'alto tasso di turn-over.



Figura 4 - Consistenza personale distinzione di genere

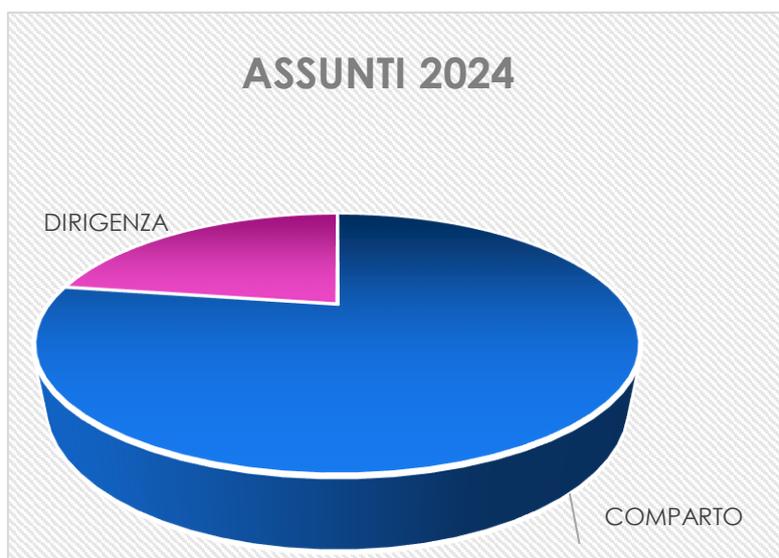


Figura 5 - Turn-over personale assunti

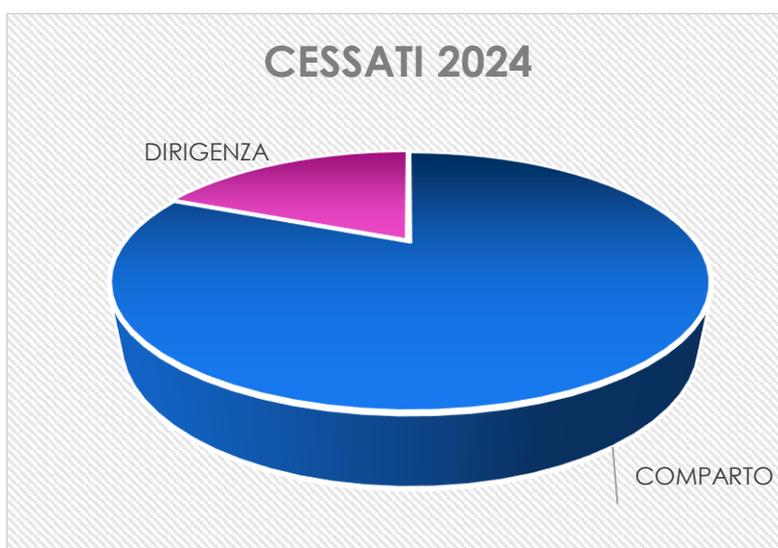


Figura 6 - Turnover personale cessati

In caso di urgenza motivata relativa al mantenimento delle attività per non incorrere nella interruzione di pubblico servizio, nelle more di una procedura concorsuale, l'Azienda procede all'arruolamento di personale con contratto di lavoro a tempo determinato.

In ragione dell'elevato turn-over nonché a specifiche e contingenti necessità di incremento delle attività ambulatoriali finalizzate al recupero delle liste d'attesa, la Fondazione IRCCS ricorre, in via minoritaria, anche ad altre tipologie contrattuali come ad esempio: i contratti di lavoro autonomo, borse di studio e di somministrazione.

In merito alle borse di studio, la Fondazione IRCCS, in qualità di soggetto attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, anche in coerenza con le linee guida



regionali, ha provveduto al conferimento di n. 30 borse di studio mediante finanziamento ad hoc su progetti PNRR.

In ottemperanza alle indicazioni regionali circa il reclutamento di personale destinato all'abbattimento di liste attese, per l'anno 2024, la Fondazione IRCCS, ha reso necessario avviare le procedure di reclutamento per l'assunzione di personale con contratto di lavoro in regime di p.iva delle seguenti figure professionali:

- N. 44 unità di personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario;
- N. 40 unità di personale dirigenziale medico e sanitario.

Fermo restando quanto sopra, si precisa che è stato implementato un nuovo sistema di raccolta del fabbisogno del personale a inizio 2024: al fine di procedere con l'aggiornamento del piano dei fabbisogni 2024-2026, è stato richiesto a ciascun direttore di Struttura di compilare la propria proposta di organico motivando, qualora fosse necessario, un incremento di personale.

Tale procedura ha permesso di raccogliere in maniera sinergica l'esigenza di ciascuna Struttura e di perseguire i principi di efficacia, efficienza ed economicità.

Il reclutamento di personale per la copertura del fabbisogno aziendale, tenuto conto dei vincoli di spesa e delle normative in materia di lavoro, avviene secondo modalità e procedure stabilite dalla legislazione vigente utilizzando gli istituti giuridici disciplinati dalle seguenti norme specifiche, oltre che dai CCNL in essere per la Dirigenza di Area Sanità, per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa e per il Comparto:

- Avvisi di mobilità in entrata
- Bandi per pubblico concorso e Avvisi a tempo determinato
- Utilizzi graduatori di altri enti
- Avvisi di stabilizzazione
- Avvisi di conferimento di incarichi in regime di partita iva
- Avvisi di selezione per borse di studio.

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 prevede per le Pubbliche Amministrazioni l'obbligo di redigere il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività sulla scorta delle linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ("Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche") che in particolare sottolinea come "La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche



derivanti da vincoli nazionali e regionali costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende ed enti del SSN”.

Pertanto, ciascuna Azienda del SSN provvede ad adottare entro i primi mesi dell’anno la proposta di Dotazione Organica relativa sia all’anno di compilazione che per i successivi tre anni e, ciò, in considerazione delle esigenze organizzative di servizio derivate dal turn-over di personale nonché dall’apertura di nuovi reparti e/o progetti regionali Infatti, la pianificazione dei fabbisogni di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell’ente nel rispetto della disponibilità economica nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni. In ragione di quanto sopra, anche per il triennio 2024-2026, la Fondazione IRCCS sulla base delle indicazioni fornite da Regione Lombardia, ha adottato il proprio Piano triennale 2024-2026 autorizzato con DGR N. XII/2703 del 08/07/2024 e adottato con deliberazione n. 30 del 25/07/2024 aggiornandola alle esigenze del contesto ed al vincolo del tetto di spesa che la Regione ha fissa per ogni Azienda con proprio atto di delibera.

È doveroso precisare che, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance. Il Piano approvato ha necessariamente previsto un incremento sia di dotazione organica sia di budget destinato al personale dipendente e, ciò, sulla base di specifici provvedimenti regionali relativamente all’attivazione di nuovi servizi nonché in relazione alla stabilizzazione di personale (di differenti profili professionali) con contratto atipico, internalizzazione di personale con profilo socio sanitario nonché di convenzioni tra ASST e Fondazione IRCCS per il reclutamento di medici pediatri e anestesisti.

Il Piano Triennale dei Fabbisogno di Personale riporta per ogni anno:

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

Al riguardo, si illustrano di seguito le tabelle già approvate dalla Direzione Generale Welfare per il citato triennio 2024-2026.



DO 2024							
DO 2024	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE ... di cui				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA	
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	970	61	121	379	229	2	972
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	118	13		11	1	3	121
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	7		1				7
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	2						2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	14					1	15
TOTALE DIRIGENZA	1.117	74	122	390	230	6	1.123
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.385	99	242	644	184		1.385
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	167	17		68	45		167
PERSONALE TECNICO SANITARIO	253		6	5			253
ASSISTENTI SANITARI	2			1			2
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1						1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	113			5			113
ASSISTENTI SOCIALI	19						19
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	126		1	3			126
OTA	2			1	1		2
OSS	405	28	63	165	93		405
AUSILIARI	52		4	22	8		52
ASSISTENTE RELIGIOSO	2						2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	406			3		13	419
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0					193	193
TOTALE COMPARTO	2.933	144	316	917	331	206	3.139
TOTALE COMPLESSIVO	4.050	218	438	1.307	561	212	4.262



FTE e COSTI 2024								
FTE e COSTI 2024		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		... di cui						
		TOTALE OSPEDALE	pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA	
Categoria	Raggruppamento profili							
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	887,2	61	121	379	229	2,5	889,7
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	112,7	13		11	1	3,0	115,7
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	6,0		1,0				6,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0
	DIRIGENZA TECNICA	2,0						2,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,0					1,0	13,0
	TOTALE DIRIGENZA	1.025,9	74,0	122,0	390,0	230,0	6,5	1.032,4
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1370,6	99	242	644	184		1.370,6
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0
	OSTETRICA	137,8	17		68	45		137,8
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	247,9		6	5			247,9
	ASSISTENTI SANITARI	4,0			1			4,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	2,0						2,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	102,6			5			102,6
	ASSISTENTI SOCIALI	16,7						16,7
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	124,7		1	3			124,7
	OTA	2,0			1	1		2,0
	OSS	379,3	28	63	165	93		379,3
	AUSILIARI	49,9		4	22	8		49,9
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0						2,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	370,6			3		12,3	382,8
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					187,1	187,1
	TOTALE COMPARTO	2.810,1	144,0	316,0	917,0	331,0	199,4	3.009,4
	TOTALE COMPLESSIVO	3.835,9	218,0	438,0	1.307,0	561,0	205,9	4.041,8
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	65,8	3,0	4,0	24,4	16,8		65,8
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	2,4			0,1			2,4
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0						0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0						0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0						0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0						0,0
	TOTALE DIRIGENZA	68,2	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	68,2
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0						0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0
	OSTETRICA	0,0						0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0						0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0						0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0						0,0
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0						0,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0						0,0
	OTA	0,0						0,0
	OSS	0,0						0,0
	AUSILIARI	0,0						0,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0						0,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	TOTALE COMPLESSIVO	68,2	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	68,2



PTE e COSTI 2024	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				TOTALE RICERCA		
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MIET)	DIRIGENZA MEDICA	12,0	5,0		3,0		12,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA						0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,0	0,6		0,5		2,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS	11,4	0,3	0,7	2,3	1,3	11,4	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	9,8					9,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0	
TOTALE COMPARTO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	
TOTALE COMPLESSIVO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	



FTE e COSTI 2024		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui					
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgia		
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	70,1	3,4	1,3	44,2	0,7	70,1	
	DIRIGENZA VETERINARIA	1,4			0,9		1,4	
	DIRIGENZA SANITARIA	59,5	5,6		9,0		59,5	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	1,1			0,1		1,1	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	132,0	9,0	1,3	54,1	0,7	132,0	3.766.071
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,8			0,5	0,4	2,8	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA	1,1					1,1	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	5,1		1,0	0,6	0,5	5,1	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	11,5			4,1	0,4	11,5	
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,0		3,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	7,3		2,3	1,0	1,1	7,3	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,5			0,3		2,5	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	33,3	0,0	3,3	7,6	2,4	33,3	954.175	
TOTALE COMPLESSIVO	165,3	9,0	4,6	61,7	11,1	165,3	4.720.246	
co.co.c.c.a.	DIRIGENZA MEDICA	0,2					0,2	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	15.440
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	15.440	



DO 2025							
DO 2025	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE ... di cui				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA	
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	1.093	61	121	379	229	2	1.095
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	151	13		11	1	3	154
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	6		1				6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	2						2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12					1	13
TOTALE DIRIGENZA	1.270	74	122	390	230	6	1.276
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.535	99	242	644	184		1.535
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	143	17		68	45		143
PERSONALE TECNICO SANITARIO	263		6	5			263
ASSISTENTI SANITARI	4			1			4
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2						2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	113			5			113
ASSISTENTI SOCIALI	18						18
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	134		1	3			134
OTA	2			1	1		2
OSS	412	28	63	165	93		412
AUSILIARI	54		4	22	8		54
ASSISTENTE RELIGIOSO	2						2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	390			3		13	403
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						193	193
TOTALE COMPARTO	3.072	144	316	917	331	206	3.278
TOTALE COMPLESSIVO	4.342	218	438	1.307	561	212	4.554



PTE e COSTI 2025									
PTE e COSTI 2025		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		... di cui							
		TOTALE OSPEDALE	pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			TOTALE RICERCA
Categoria	Raggruppamento profili								
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	955	61	121	379	229	2,5	957,9	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	150,2	13		11	1	3,0	153,2	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4,0		1,0				4,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0	
	DIRIGENZA TECNICA	2,3						2,3	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,0					1,0	13,0	
	TOTALE DIRIGENZA	1.129,8	74,0	122,0	390,0	230,0	6,5	1.136,3	139.499.479
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1446,6	99	242	644	184		1.446,6	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11,0						11,0	
	OSTETRICA	137,8	17		68	45		137,8	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	255,4		6	5			255,4	
	ASSISTENTI SANITARI	1,0			1			1,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	102,6			5			102,6	
	ASSISTENTI SOCIALI	17,7						17,7	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	127,7		1	3			127,7	
	OTA	2,0			1	1		2,0	
	OSS	393,8	28	63	165	93		393,8	
	AUSILIARI	49,9		4	22	8		49,9	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0						2,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	378,6			3		12,3	390,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					187,1	187,1	
	TOTALE COMPARTO	2.926,1	144,0	316,0	917,0	331,0	199,4	3.125,4	108.458.727
	TOTALE COMPLESSIVO	4.055,9	218,0	438,0	1.307,0	561,0	205,9	4.261,7	247.988.206
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	66,0	3,0	4,0	24,4	16,8		66,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA							0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	1,9			0,1			1,9	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE							0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE							0,0	
	DIRIGENZA TECNICA							0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA							0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	67,9	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	67,9	4.284.430
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)							0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)							0,0	
	OSTETRICA							0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO							0,0	
	ASSISTENTI SANITARI							0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE							0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE							0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI							0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO							0,0	
	OTA							0,0	
	OSS							0,0	
	AUSILIARI							0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO							0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO							0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE							0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA							0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	TOTALE COMPLESSIVO	67,9	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	67,9	4.284.430



FTE e COSTI 2025	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				TOTALE RICERCA		
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina di servizi e MIET)	DIRIGENZA MEDICA	12,0	5,0		3,0		12,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA						0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,0	0,6		0,5		2,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS	11,4	0,3	0,7	2,3	1,3	11,4	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	9,8					9,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	
TOTALE COMPLESSIVO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	



PTE e COSTI 2025	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui							
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica				
Incandidi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	70,1	3,4	1,3	44,2	8,7	70,1		
	DIRIGENZA VETERINARIA	1,4			0,9		1,4		
	DIRIGENZA SANITARIA	59,5	3,6		9,0		59,5		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	1,1			0,1		1,1		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	132,0	9,0	1,3	54,1	8,7	0,0	132,0	3.166.071
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,8			0,5	0,4		2,8	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)							0,0	
	OSTETRICA	1,1						1,1	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	5,1		1,0	0,6	0,5		5,1	
	ASSISTENTI SANITARI							0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE							0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	11,5			4,1	0,4		11,5	
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,0			3,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	7,3		2,3	1,0	1,1		7,3	
	OTA							0,0	
	OSS							0,0	
	AUSILIARI							0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO							0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,5			0,3			2,5	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE							0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA							0,0	
	TOTALE COMPARTO	33,3	0,0	3,3	7,6	2,4	0,0	33,3	954.175
TOTALE COMPLESSIVO	165,3	9,0	4,6	61,7	11,1	0,0	165,3	4.120.246	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA						0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0		
	DIRIGENZA TECNICA						0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)							0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)							0,0	
	OSTETRICA							0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO							0,0	
	ASSISTENTI SANITARI							0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE							0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE							0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI							0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO							0,0	
	OTA							0,0	
	OSS							0,0	
	AUSILIARI							0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO							0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO							0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE							0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA							0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		



DO 2026							
DO 2026	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				TOTALE RICERCA	
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica		
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	1.094	61	121	379	229	2	1.096
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	169	13		11	1	3	172
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	6		1				6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	2						2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12					1	13
TOTALE DIRIGENZA	1.289	74	122	390	230	6	1.295
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.535	99	242	644	184		1.535
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	143	17		68	45		143
PERSONALE TECNICO SANITARIO	263		6	5			263
ASSISTENTI SANITARI	4			1			4
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2						2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	113			5			113
ASSISTENTI SOCIALI	18						18
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	134		1	3			134
OTA	2			1	1		2
OSS	412	28	63	165	93		412
AUSILIARI	54		4	22	8		54
ASSISTENTE RELIGIOSO	2						2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	390			3		13	403
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						193	193
TOTALE COMPARTO	3.072	144	316	917	331	206	3.278
TOTALE COMPLESSIVO	4.361	218	438	1.307	561	212	4.573



FTE e COSTI 2026								
FTE e COSTI 2026		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui					
Categoria	Raggruppamento profili	pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA		
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	980,4	61	121	379	229	2,5	982,9
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	150,2	13		11	1	3,0	153,2
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	6,0		1				6,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0
	DIRIGENZA TECNICA	2,3						2,3
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,0					1,0	13,0
	TOTALE DIRIGENZA	1.156,8	74,0	122,0	390,0	230,0	6,5	1.163,3
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1482,6	99	242	644	184		1.482,6
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11,0						11,0
	OSTETRICA	137,8	17		68	45		137,8
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	255,4		6	5			255,4
	ASSISTENTI SANITARI	1,0			1			1,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	102,6			5			102,6
	ASSISTENTI SOCIALI	17,7						17,7
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	127,7		1	3			127,7
	OTA	2,0			1	1		2,0
	OSS	404,8	28	63	165	93		404,8
	AUSILIARI	49,9		4	22	8		49,9
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0						2,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	378,6			3		12,3	390,8
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					187,1	187,1	
TOTALE COMPARTO	2.973,1	144,0	316,0	917,0	331,0	199,4	3.172,4	
TOTALE COMPLESSIVO	4.129,9	218,0	438,0	1.307,0	561,0	205,9	4.335,7	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	66,0	3,0	4,0	24,4	16,8		66,0
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	1,9			0,1			1,9
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0						0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0						0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0						0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0						0,0
	TOTALE DIRIGENZA	67,9	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	67,9
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)							0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)							0,0
	OSTETRICA							0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO							0,0
	ASSISTENTI SANITARI							0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE							0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE							0,0
	ASSISTENTI SOCIALI							0,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO							0,0
	OTA							0,0
	OSS							0,0
	AUSILIARI							0,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO							0,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO							0,0
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE							0,0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA							0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	67,9	3,0	4,0	24,5	16,8	0,0	67,9	



FTE e COSTI 2026	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				TOTALE RICERCA		
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina di servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	12,0	5,0		3,0		12,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	12,0	5,0	0,0	3,0	0,0	12,0	593.867	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA						0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,0	0,6		0,5		2,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS	11,4	0,3	0,7	2,3	1,3	11,4	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	9,8					9,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	
TOTALE COMPLESSIVO	23,2	0,9	0,7	2,8	1,3	23,2	620.189	



FTE e COSTI 2026	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
	TOTALE OSPEDALE	... di cui						
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Incarichi di lavoro anonomo	DIRIGENZA MEDICA	69,1	3,4	1,3	44,2	0,7	69,1	
	DIRIGENZA VETERINARIA	1,4			0,9		1,4	
	DIRIGENZA SANITARIA	41,5	5,6		9,0		41,5	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	1,1			0,1		1,1	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	113,0	9,0	1,3	54,1	0,7	113,0	2.566.071
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	2,6			0,5	0,4	2,6	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA	1,1					1,1	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	5,1		1,0	0,6	0,5	5,1	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	11,5			4,1	0,4	11,5	
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,0		3,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	7,3		2,3	1,0	1,1	7,3	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,5			0,3		2,5	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0	
	TOTALE COMPARTO	33,3	0,0	3,3	7,6	2,4	33,3	954.175
TOTALE COMPLESSIVO	146,3	9,0	4,6	61,7	11,1	146,3	3.520.246	
coerenza	DIRIGENZA MEDICA						0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA						0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0	
	OSTETRICA						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0	
	OTA						0,0	
	OSS						0,0	
	AUSILIARI						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		

Nell'ambito della redazione del suddetto Piano, tenuto conto delle indicazioni contenute nel provvedimento regionale n. XII/1827 del 31/01/2024, la Direzione Strategica della Fondazione IRCCS ha definito una proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale che tiene necessariamente conto degli obiettivi da perseguire. Tali obiettivi sono stati definiti sulla base dei progetti elaborati con i Direttori delle Strutture gestionali interessate finalizzati a un rilevante incremento delle attività assistenziali da erogare all'utenza.

All'esito di tale rilevazione è stato proposto per l'anno 2024, tenuto conto delle previsioni di assunzioni e cessazioni per pensionamento, un incremento delle seguenti attività:

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

- Chirurgia Generale – Trapianti di Rene: incremento sedute operatorie da dedicare al trapianto renale da donatore vivente e potenziamento attività e ambulatori mensili pomeridiani (ore 14-18) per la valutazione candidati trapianto da donatore deceduto.
- Chirurgia Generale e Mini-Invasiva: incremento attività nell'ambito della chirurgia bariatrica e nelle malattie infiammatorie intestinali con specifico riferimento alla patologia perianale e proctologica.
- Day-week surgery: incremento attività operatoria.
- Ortopedia e traumatologia: incremento dell'attività di elezione
- Oculistica: incremento nell'ambito degli interventi di cataratta e altra chirurgia oculare nonché nell'ambito dell'attività ambulatoriale di immunologia oculare e occhio secco.
- Urologia: attivazione ambulatorio pavimento pelvico. Incremento attività chirurgica nell'ambito della chirurgia bariatrica e trapianti di rene;

DIPARTIMENTO AREA MATERNO INFANTILE

- CHIRURGIA PEDIATRICA: incremento di attività chirurgica ed ambulatoriale del 5% rispetto al valorizzato 2023.
- PEDIATRIA: incremento attività mediante reclutamento di medici pediatri per necessità turni presso ASST Valle Olona, così come previsto da relativa autorizzazione regionale
- OSTETRICIA: gestione delle patologie caratterizzate da respirazione notturna rumorosa con russamento e pause respiratorie prolungate nonché gestione delle malattie metaboliche/malattie rare;
- PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA: sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia di cui alla DGR n. XII/1141 del 16/10/2023.



- **UROLOGIA PEDIATRICA:** attività relative alla gestione delle ostruzioni fetali delle basse vie urinarie quale gruppo eterogeneo di anomalie nefro-urologiche congenite.
- **NEONATOLOGIA E TIN:** incremento attività ambulatoriale e attivazione 6 posti letto terapia sub-intensiva.
- **GENETICA MEDICA:** implementazione delle attività di genetica pediatrica e di genetica di riproduzione, inoltre avvio di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nell'ambito delle Malattie Rare.

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

- **EMATOLOGIA:** nuova attività nell'ambito della terapia cellulare (trapiantologica), le CART cell therapy:
- **ENDOCRINOLOGIA:** attivazione di nuovi ambulatori, in particolare: Ambulatorio dedicato alle endocrinopatie nei pazienti talassemici; Ambulatorio di Endocrinologia Ginecologica e Ambulatorio dedicato alle ipertensioni endocrine, ai feocromocitomi e paragangliomi.
- **GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA:** incremento attività Endoscopica/Ecografica e IBD.
- **HOSPICE-CURE PALLIATIVE:** garanzia delle attività diagnostico/terapeutiche di reparto tenendo conto delle complessità assistenziali dei pazienti e dei loro supporti familiari.
- **MEDICINA AD INDIRIZZO METABOLICO:** innovazione del percorso diagnostico-terapeutico delle emoglobinopatie e disordini del metabolismo e **DISLIPIDEMIA E STEATOSI.**
- **NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTI DI RENE:** Attività per la diagnosi e gestione della malattia renale in pazienti con patologie renali acute croniche con indicazione alla biopsia del rene nativo e trapiantato.
- **ONCOLOGIA MEDICA:** apertura di un ambulatorio di supporto e palliazione, di un centro di accoglienza e servizi nella struttura.
- **MEDICINA – ALLERGOLOGIA:** incremento attività ecocardiografica.
- **PNEUMOLOGIA E FIBROSI CISTICA:** Attivazione centro per la diagnosi e il trattamento della tosse cronica - REFERRAL CENTER FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC COUGH.

DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI

- **MEDICINA NUCLEARE:** Attività produzione di peptidi marcati con Gallio e attività connesse con maggiore attività del ciclotrone.
- **NEURORADIOLOGIA:** incremento di attività nell'ambito della neuroradiologia diagnostica.



- MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA: Sorveglianza attiva per Enterobatteri resistenti ai carbapenemici (CRE) mediante metodo molecolare e incremento prestazioni mediante sequenziamento genico NGS.
- PATOLOGIA CLINICA: attivazione di tre nuovi servizi, in particolare: diagnostica prenatale non invasiva (NIPT) per tutti i centri della Regione Lombardia; diagnostica preimpianto (PGT) per tutta la Regione (in collaborazione con PMA) e NGS facility.
- TRAPIANTI LOMBARDIA – NITp: carenza organico per attività.

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE

- NEUROLOGIA: attuazione piano nazionale demenze. Implementazione rete Stroke Unit.
- NEUROFISIOPATOLOGIA: incremento attività nell'ambito della neuroimmunologia pediatrica.
- PSICHIATRIA: servizi di reparto e territoriali CPS e CRA/CD.

DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA URGENZA

- PRONTO SOCCORSO: incremento organico in relazione alle ricadute della indicazioni della delibera di Regione Lombardia XII 787 sul Pronto Soccorso e la Medicina d'Urgenza (per ogni DEA di II livello vengano aperti dei letti di medicina d'urgenza e di subintensiva in carico al Pronto Soccorso (fino a 24 letti) e che il medico di PS svolga una parte dei propri turni in Pronto Soccorso (definiti nella misura del 70%), alternando attività di reparto, attività extraospedaliera, altre attività ospedaliere)
- ANESTESIA E RIANIMAZIONE: Centro Coordinamento regionale per la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta (ECMO- DGR XII/1117/2023). Aumento attività ambulatoriale per la gestione del dolore cronico.

In aggiunta a quanto sopra, la Fondazione IRCCS in un'ottica di fattiva collaborazione tra Enti del SSR finalizzata al primario soddisfacimento dei bisogni dell'utenza nonché in considerazione dell'approvazione delle linee guida per il superamento delle esternalizzazioni dei servizi sanitari favorendo l'istituto delle convenzioni tra Enti, ha richiesto un incremento per far fronte all'attività dell'ASST Valle Olona per:

- n. 20 Dirigenti Medici - disciplina: Anestesia e Rianimazione
- n. 12 Dirigenti Medici – disciplina: Cardiologia



Oltre alle posizioni sopra esposte derivate dall'incremento delle attività, il Piano 2024-2026 prevede anche dei posti destinati alla stabilizzazione e ciò, anche al fine di fronteggiare il precariato e nello specifico:

- **CH. GENERALE – TRAPIANTI DI FEGATO:** progressiva maggiore disponibilità di donazioni di organi su scala nazionale (nel 2023 si è assistito a un incremento del 15%) nonché un aumento del volume dei nostri trapianti annui.
- **NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA:** Si rileva nel contesto il Progetto Percival, l'apertura di una struttura residenziale terapeutica ad altissima intensità e l'apertura del reparto NPJA.
- **CENTRO TRASFUSIONALE:** continuità e stabilità alle attività della Banca di Sangue Cordonale, Biobanca POLIMI, settore accettazione e distribuzione e Banca sangue raro. Inoltre, si intende di far rilevare nel contesto l'attività necessaria per l'acquisizione dei test virologici (NAT) e sierologia per qualificazione biologica unità donate.

Da ultimo, in un'ottica di corretta definizione del presente atto programmatico, è stato debitamente inserito anche il fabbisogno di personale legato all'attivazione del Nuovo Ospedale che, con il conseguente riassetto logistico e organizzativo nonché di incremento di attività (degenze, riabilitazione, subacuti, nuove sale operatorie...), comporterà per gli anni 2025 e 2026 il reclutamento delle seguenti ulteriori professionalità:

- 48 Dirigente Medici
- 72 Comparto Professioni Sanitarie
- 22 Comparto Operatori Socio-Sanitario

Il Nuovo Ospedale richiederà un incremento di professionisti sanitari che dovranno lavorare sinergicamente integrando le diverse competenze, per una riprogettazione dei modelli assistenziali, che dovranno essere più interdisciplinari e centrati sul paziente.

A tal proposito, sono state già avviate le procedure di reclutamento volto all'inserimento di:

- n. 40 Infermieri
- n. 5 Infermieri Pediatrici
- n. 10 Ostetriche
- n. 10 Tecnici Sanitari Di Radiologia Medica
- n. 10 Tecnici Sanitari Di Laboratorio Biomedico

Tale personale andrà ad arricchire l'organizzazione del Nuovo Ospedale, la cui apertura è prevista nell'estate 2025.



L'obiettivo della Fondazione IRCS è di attirare e incrementare la presenza di personale qualificato puntando sulla valorizzazione delle professioni sanitarie in un contesto ad alta specializzazione: la collaborazione con le università unita alla costante attività di ricerca permetteranno al personale coinvolto di inserirsi in una realtà lavorativa in continuo aggiornamento dal punto di vista delle conoscenze scientifiche e sanitarie, potendo contare inoltre sull'utilizzo delle tecnologie più innovative.

Verso il Nuovo Policlinico, guarda il video: <https://www.youtube.com/watch?v=NEA911p88aQ>

Concorso per 75 figure sanitarie.

Unisciti a noi per scrivere
una nuova pagina di salute.

Il Nuovo
Policlinico
di Milano



Formazione

La formazione del personale garantisce lo sviluppo delle abilità e delle competenze culturali, tecniche e manageriali, favorendo la crescita professionale dei dipendenti della Fondazione attraverso un percorso di aggiornamento continuo delle conoscenze.

L'elenco dettagliato degli eventi formativi programmati nel PFA 2025 potrà essere soggetto ad aggiornamenti successivi, in coerenza con le indicazioni di Regione Lombardia.

Le strategie adottate per la formazione del personale sono fondamentali per incrementare le competenze dei dipendenti, aumentare la produttività e offrire un servizio sempre più a misura del paziente coniugando la mission aziendale con le capacità, le aspettative ed esigenze individuali.

Si riportano di seguito alcune strategie organizzative adottate dalla Fondazione IRCCS per formare in maniera efficace il personale:

- 1) Formazione legata al rispetto delle norme vigenti, indicazioni regionali e obiettivi aziendali per garantire che le competenze acquisite siano in linea con gli obiettivi strategici;
- 2) Formazione basata sulla identificazione delle competenze, conoscenze e condivisioni per ogni ruolo e conseguente allineamento della formazione del personale rispetto al profilo: le tematiche trattate, volte alla valorizzazione del capitale umano, sono indirizzate a rafforzare/consolidare le competenze possedute da ciascun operatore, supportandolo nel cambiamento culturale e professionale richiesto, al fine di garantire qualità nelle prestazioni offerte.
- 3) Formazione continua: utilizzo di piattaforme e-learning utili ad offrire corsi su più argomenti, consentendo un apprendimento sempre più flessibile, nonché attraverso attività di formazione sul campo (FSC) gestita da professionisti esperti;
- 4) Formazione per la gestione del cambiamento: formare il personale sull'utilizzo di nuovi strumenti e software aziendali, preparandoli a gestire eventuali cambiamenti tecnologici;
- 5) Monitoraggio dei progressi attraverso l'analisi delle ricadute e l'efficacia dei programmi formativi;
- 6) Customer satisfaction per raccogliere feedback utili a migliorare l'offerta formativa e adattarla alle esigenze del personale

Le fasi chiave della progettazione e della messa in atto del Piano Formativo Aziendale si realizzano attraverso:

- analisi dei bisogni formativi, analisi delle risorse e dei costi
- definizione degli obiettivi delle Strutture;

- progettazione, elaborazione, verifica dell'apprendimento e validazione
- analisi delle ricadute ed efficacia della formazione

La programmazione delle attività formative avviene valutando:

- le attività formative obbligatorie a contenuto trasversale (formazione “top down”) legate a tematiche del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e in accordo con la Conferenza Stato Regioni per far fronte a specifiche emergenze sanitarie e alla normativa vigente.

Alcuni esempi sono la formazione centrale della sicurezza (la formazione antincendio, la movimentazione manuale dei pazienti, la radioprotezione, i corsi sulla sicurezza per dirigenti, preposti e lavoratori), nonché i corsi relativi all'area emergenza urgenza (BLS, PALS, ACLS), area qualità e certificazioni riproposti anche per l'anno 2025.

- proposte provenienti dai Direttori di Struttura della Fondazione (formazione “bottom up”) attraverso una modulistica appositamente predisposta per la raccolta dei fabbisogni formativi sottoposti alla validazione della Direzione Strategica.

La raccolta annuale dei fabbisogni formativi aziendali, integrata a metà anno con eventuali nuove esigenze, permette la stesura di un report di dati quantitativi e qualitativi utili alla redazione del piano formativo che si articola in quattro fasi:

I. Analisi del fabbisogno – viene svolta dalle singole Strutture al proprio interno attraverso una osservazione delle attività lavorative sul campo che permette di verificare quali siano le necessità formative del personale afferente. Questo avviene anche durante le riunioni organizzative, gli incontri periodici inter- o intra-strutturali. L'esigenza viene poi comunicata alla SS Formazione e Aggiornamento.

II. Progettazione – è la prima parte operativa della trasposizione dell'esigenza espressa dalla Struttura in un progetto tangibile proposto dalla Struttura e gli strumenti offerti dalla SS Formazione per strutturare la formazione venendo incontro alle esigenze formative ed organizzative della Struttura proponente. Il PFA deve definire dettagliatamente alcune caratteristiche imprescindibili:

- obiettivi di apprendimento specifici riconducibili a obiettivi strategici
- percorsi formativi
- destinatari
- metodologia
- durata e articolazione temporale
- costi

III. Erogazione corsi consiste nella realizzazione dei singoli interventi formativi, secondo quanto previsto dal PFA.

IV. Valutazione efficacia corso - si svolge attraverso:

- valutazione dell'apprendimento, per verificare il livello di conoscenze e competenze acquisite attraverso test o colloqui con il formatore, da svolgersi al termine del corso;
- analisi delle ricadute - Il momento della valutazione e della ricaduta formativa degli eventi formativi sulla organizzazione rappresenta la conclusione della sequenza di un processo che, partito dalla rilevazione ed analisi dei fabbisogni, si conclude con la valutazione che rappresenta, contemporaneamente, il punto di partenza per la nuova fase di rilevazione e analisi dei bisogni.

Per quanto riguarda il 2025 sono stati inseriti nel piano formativo 663 eventi formativi calcolando sia formazione top-down che bottom-up. Dall'esperienza pluriennale della Fondazione IRCCS sulla formazione del personale il valore medio di progettazione e realizzazione di eventi formativi è pari a circa 70%-80% del totale fabbisogno formativo, considerando naturalmente le edizioni multiple richieste per diversi corsi nell'anno di riferimento. La mancata realizzazione di eventi formativi bottom-up è dovuta a variazioni di fabbisogno espresse dalle Strutture che ne avevano precedentemente segnalato la richiesta.

Nell'ambito di quanto sopra descritto sono in corso già dal 2024 e perdureranno per tutto il 2025 alcuni corsi di formazione che soddisfano gli obiettivi aziendali in coerenza alle normative vigenti:

- Realizzazione ed attivazione del nuovo ospedale – è attivo un corso di formazione "Change Management": come gestire il cambiamento" focalizzato sulla transizione al nuovo ospedale, ovvero la formazione di personale che sarà coinvolto come guida del restante personale e dell'utenza durante e dopo il trasferimento dei reparti nei nuovi padiglioni.
- Realizzazione dei progetti finanziati dal PNRR:
Corso sul Fascicolo Sanitario Elettronico per medici specialisti, personale delle professioni sanitarie e personale amministrativo individuato.

Incremento delle competenze digitali «Digital Upskilling» definito dal DL n.179 del 18 ottobre 2012: Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), è l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate all'interno e all'esterno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il FSE è istituito dalle Regioni/PPAA, nel rispetto del GDPR, con i seguenti obiettivi:

- i. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione



- ii. Studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico
- iii. Programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria

Il FSE è uno strumento digitale che offre l'opportunità di:

- rispondere in modo sempre più efficace e personalizzato alle esigenze di cittadini e professionisti sanitari
- supportare il processo di cura
- facilitare la collaborazione tra tutti i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e il paziente stesso

Il progetto FSE già iniziato nel 2024 continuerà fino al 31/12/2025.

- Sviluppo di un set di competenze digitali comuni a tutti i dipendenti (Syllabus)

La necessità di formare tutto il personale sulle "Competenze digitali per la PA" costituisce un obiettivo individuale fissato dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Al riguardo sulla piattaforma "Syllabus" si ritiene di dover prevedere il completamento dell'obiettivo formativo da parte di una quota superiore del 75 % al personale entro il 31.12.2025.

Il corso sulle "Competenze digitali per la PA" è strutturato nei seguenti n. 11 moduli suddiviso in tre livelli di conoscenza/competenza (base, intermedio, avanzato).

Si precisa infine che la piattaforma Syllabus, oltre al corso obbligatorio per il personale dipendente della Fondazione IRCCS, offre un "catalogo" di corsi e percorsi formativi in continuo aggiornamento.

Lavoro Agile

Con il termine lavoro agile ci si riferisce ad una particolare modalità di esecuzione del lavoro, consistente nello svolgimento della prestazione di lavoro, subordinato, al di fuori dei locali aziendali, basata su una flessibilità di orari e di sede, attualmente disciplinata dalla legge numero 81 del 2017 (artt. da 18 a 22 della L. 81/2017).

La sopra citata normativa definisce il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato:

- stabilita mediante accordo tra le parti;
- con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici;
- eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale (stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva).

La suddetta disciplina trova applicazione, in quanto compatibile e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente previste, anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, secondo le direttive emanate anche per la promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, adottate in base a quanto previsto dall'art. 14 della L. 124/2015 (in attuazione del quale sono state emanate la Direttiva n. 3 del 2017 e la Circolare n. 1 del 2020).

Durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19, come già argomentato nei precedenti Piani approvati dalla Fondazione, il lavoro agile nel settore pubblico ha avuto un ampio raggio di attuazione con la possibilità di ricorrere al lavoro agile anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla normativa vigente.

Molte sono state le indicazioni ministeriali di volta in volta diffuse al fine di sensibilizzare, tra l'altro, le Pubbliche Amministrazioni ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, vuole aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente.

Inoltre, preso atto dell'avvenuta sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità in data 2 novembre 2022, che ha contrattualizzato le linee guida redatte dal Ministero della Pubblica Amministrazione (TITOLO IV – LAVORO A DISTANZA dall'art.76 all'art.80), la Fondazione nel corso del 2023 ha avviato un



percorso aziendale dapprima in sede di Organismo Paritetico e successivamente in sede di confronto per il Contratto Integrativo Aziendale.

Da ultimo, lo scorso 23.1.2024 è stato sottoscritto il nuovo CCNL Area Dirigenza Sanità – triennio 2019 – 2021 il quale recepisce le previsioni legislative e (precisamente al TITOLO IX LAVORO A DISTANZA) ne definisce criteri e principi per l'attivazione.

La Fondazione, nella trattazione della materia ha dovuto pur sempre tenere conto dell'impatto delle attività di recupero delle liste d'attesa che necessitano di un notevole impegno da parte di tutte le Strutture di Fondazione spesso con la presenza del personale coinvolto anche in ragione delle mansioni a cui questo è adibito.

Pertanto, anche in considerazione delle citate previsioni contrattuali nonché dei lavori in sede di Organismo Paritetico, la presente sezione del Piano deve ritenersi, anche per il triennio 2025-2027, meramente progettuale e finalizzata a porre le basi per l'attuazione di un efficace Piano Organizzativo del Lavoro agile che sarà frutto di una puntuale regolamentazione aziendale definita, tra l'altro, all'esito di un necessario proficuo confronto con le Organizzazioni Sindacali interessate.



MONITORAGGIO

L'ente previsto, così come indicato dalla normativa, diverse modalità per monitorare il raggiungimento degli obiettivi operativi e di conseguenza del Valore Pubblico descritto:

- 1) Consultazione delle tabelle riepilogative degli obiettivi indicati da ciascuna struttura coinvolta e verificare - tramite gli indicatori descritti - la realizzazione delle azioni previste;
- 2) Monitoraggio secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. B) del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 159;
- 3) Relazione annuale predisposta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ai sensi della legge n. 190/2012;
- 4) Monitoraggio effettuato da OIV o Nucleo di Valutazione.



ALLEGATI

- ALLEGATO 1 – DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
- ALLEGATO 2 – MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE
- ALLEGATO 3 – PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2025-2027

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
RPCT	Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale (31 gennaio di ogni anno)	RPCT	RPCT
011	Disposizioni generali	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Entro 30 gg dall'evento o dalla disponibilità del dato	Resp. Affari Generali e Convenzioni	Resp. Affari Generali e Convenzioni - Ref. Vita
011	Disposizioni generali			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse			
011	Disposizioni generali			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza			
011	Disposizioni generali			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione			
010 RPCT	Disposizioni generali			Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta			
RPCT	Disposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c.1-bis del d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	RPCT	RPCT
CdA	Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico-amministrativo e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
CdA	Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
CdA	Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
CdA	Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		
CdA	Organizzazione				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		
CdA	Organizzazione				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		
CdA	Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Entro il 31 gennaio di ogni anno		
CdA	Organizzazione					1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
CdA	2	Organizzazione	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982 Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Segretario CdA	Segretario CdA
CdA					3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
CdA					4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
CdA					Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità-incompatibilità dell'incarico		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		
CdA					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno		
CdA			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		
006			Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici		
006	Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche			

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati		
006	Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Entro 30 gg dalla modifica	Resp. Comunicazione	Resp. Comunicazione - Ref. Cardile		
006		Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali					
AVV 060 010	3	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo con cadenza mensile	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane Ref. Avvocatura Direttore Scientifico	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Smeraldo Ref. Avvocatura Ref. Direzione Scientifica area brevetti - Ref. Clerici		
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Per ciascun titolare di incarico:	
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)
AVV 060 010					Consulenti e collaboratori				Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse
RPCT	Personale				Per ciascun titolare di incarico:					
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina / conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
RPCT	Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati , e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	nessuna - presentata una sola volta entro 3 mesi dall'incarico e resta pubblica fino a cessazione		
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
RPCT	Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
RPCT	Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
RPCT	Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		
010	Personale					Per ciascun titolare di incarico:		
010	Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di nomina / conferimento , con l'indicazione della durata dell'incarico	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae , redatto in conformità al vigente modello europeo	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento		
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		
010	Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
010	Personale		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
010	Personale	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale		Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati		
010	Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Semestrale (entro il 31 gennaio ed il 31 luglio)	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Catania		
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno				
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno				
010	Personale				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno				
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno				
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno				
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno				
010	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).				
RPCT	Personale		Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali			Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento
010	Personale	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Catania		
010	Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (entro il 31 luglio)				
010	Personale			Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico			Annuale (entro il 31 luglio)	
010	Personale	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (entro il 31 luglio)				
010	Personale			Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico			Entro 45 gg dal mese successivo al trimestre	
010	Personale	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre)				
009	Personale	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Trimestrale (31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre)			Resp. Gestione Operativa e Libera Professione	Resp. Gestione Operativa e Libera Professione - Ref. Crepaldi

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
010	Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
010		Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
010		Costi contratti integrativi	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)				
011	Personale	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Entro 30 giorni dalla nomina	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni - Ref. Vita	
011			Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula				
011			Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi				
010	5	Bandi di concorso	Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo per pubblicazione bando. 30 gg dalla conclusione del procedimento concorsuale per criteri e tracce	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Taglioretti	
010	6	Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Catania
009		Performance	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Resp. Controllo di Gestione	Resp. Controllo di Gestione - Ref. Rugarli
009		Performance	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			
010		Performance	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Annuale (entro il 15 dicembre per dati anno precedente)	Resp. SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Catania
010		Performance			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti			
010		Performance			Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			
010	Performance	(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi						
010	Performance			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti					
030	Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate		Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi	
030			Per ciascuno degli enti:						
030			1) ragione sociale						
030			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione						
030			3) durata dell'impegno						
030			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione						

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
030	Enti controllati	Enti pubblici vigilati		Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (entro il 30 giugno)			
030	Enti controllati				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				
030	Enti controllati				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo				
011	Enti controllati				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)
011	Enti controllati				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)
011	Enti controllati				Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza
030	Enti controllati				Società partecipate				Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013
030	Enti controllati	Per ciascuna delle società:							
030	Enti controllati	1) ragione sociale							
030	Enti controllati	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione							
030	Enti controllati	3) durata dell'impegno							
030	Enti controllati	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione							
030	Enti controllati	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante							
030	Enti controllati	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari							
030	Enti controllati	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo							
011	Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)						
011	Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)						
011	Enti controllati	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza						
011	Enti controllati	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni		Resp. Affari Generali e delle Convenzioni - Ref. Vita			

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
011	Enti controllati			Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate			
011	Enti controllati		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento			
030	Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate			
030	Enti controllati				Per ciascuno degli enti:			
030	Enti controllati				1) ragione sociale			
030	Enti controllati				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			
030	Enti controllati				3) durata dell'impegno			
030	Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			
030	Enti controllati	Enti di diritto privato controllati		Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (entro il 30 giugno)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi
030	Enti controllati				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			
030	Enti controllati				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo			
011	Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)			
011	Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)			
011	Enti controllati		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza		Resp. Affari Generali e delle Convenzioni	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni - Ref. Vita
030	Enti controllati	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (entro il 30 giugno)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi
RPCT	Attività e procedimenti				Per ciascuna tipologia di procedimento:			
RPCT	Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili			
RPCT	Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria			
RPCT	Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale			
RPCT	Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale			

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
RPCT	8	Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	(da pubblicare in tabelle)	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	RPCT	RPCT
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale			
RPCT						Per i procedimenti ad istanza di parte:			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni			
RPCT					Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze			
RPCT	Attività e procedimenti	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive				
CdA	9	Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (31 gennaio e 31 luglio di ogni anno)	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni e
011		Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (31 gennaio e 31 luglio di ogni anno)	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni	Resp. Affari Generali e delle Convenzioni
095 070 050 040		Bandi di gara e contratti	ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE	Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Resp. Sistemi Informativi Resp. Approvvigionamenti e Economato	Resp. Ingegneria Clinica - Ref. Zappini Resp. Sistemi Informativi - Ref. Chiarelli Resp. Approvvigionamenti e Economato	
095 070 050 040		ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo			
095 070 050 040		ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale			
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	SOTTO-SEZIONE "Bandi di gara e contratti"	Per ogni singola procedura di affidamento inserire il link alla BDNCPC contenente i dati e le informazioni comunicati dalla SA e pubblicati da ANAC ai sensi della delibera n. 261/2023 Per ciascuna procedura sono pubblicati inoltre i seguenti documenti						
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023	Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale Resp. Ingegneria Clinica Resp. Sistemi Informativi Resp. Approvvigionamenti e Economato	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo Resp. Ingegneria Clinica - Ref. Zappini Resp. Sistemi Informativi - Ref. Chiarelli Resp. Approvvigionamenti e Economato	
095 070 050 040			Art. 82, d.lgs. 36/2023 Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023	Documenti di gara Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo			
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti		Art. 28, d.lgs. 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo			
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	Affidamento	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021	D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure			
070	Bandi di gara e contratti	Esecutiva	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile	
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale		

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati				
095 070 050 040	Bandi di gara e contratti	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023	Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Resp. Ingegneria Clinica Resp. Sistemi Informativi Resp. Approvvigionamenti e Economato	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo Resp. Ingegneria Clinica - Ref. Zappini Resp. Sistemi Informativi - Ref. Chiarelli Resp. Approvvigionamenti e Economato				
095 070 050 040		Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023	Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo						
010	11	Atti di concessione	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Smeraldo				
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Per ciascun atto:	
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010									Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
010	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)								
030	Bilanci		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)						

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
030	12	Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi
030				Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)		
030				Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)		
030		Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
011	13	Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Annuale (entro il 31 gennaio)	Resp. Affari Generali e Convenzioni	Resp. Affari Generali e Convenzioni - Ref. Vita
011		Beni immobili e gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Annuale (entro il 31 gennaio)		
RPCT	14	Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT	RPCT
009		Controlli e rilievi sull'amministrazione				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV		
009		Controlli e rilievi sull'amministrazione				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)			
009		Controlli e rilievi sull'amministrazione				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti			
030		Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	Resp. Gestione Economico Finanziaria		
030	Controlli e rilievi sull'amministrazione	Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Entro 30 gg dalla formalizzazione dei rilievi				
URP	15	Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Entro 30 gg dall'adozione del documento	Resp. URP	Resp. URP - Ref. Sambataro
AVV		Servizi erogati	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Entro 30 gg dalla notizia del ricorso		
AVV		Servizi erogati		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza		
AVV		Servizi erogati		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Entro 30 gg dall'adozione della misura		

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr		Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
009	15	Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (entro il 31 dicembre)	Resp. Controllo di Gestione	Ref. Controllo di Gestione - Ref. Rugarli
009		Servizi erogati	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Resp. Gestione Operativa e Libera Professione - Ref. Caprini
050 URP		Servizi erogati	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Entro 30 giorni dalla formalizzazione della rilevazione	Resp. Sistemi Informativi Resp URP	Resp. Sistemi Informativi - Ref Chiarelli Resp URP - Ref. Sambataro
030	16	Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi
030		Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)		
030		Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (contestuale alla pubblicazione dell'indicatore relativo al IV trimestre)		
030		Pagamenti dell'amministrazione					Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		
030		Pagamenti dell'amministrazione				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		
030		Pagamenti dell'amministrazione	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Entro 30 gg dalla modifica		
070	17	Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche. A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo
070		Opere pubbliche	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (in relazione ai termini indicati dall'ANAC)	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo
070		Opere pubbliche			(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate			

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati	
010 011 030	21	Interventi straordinari e di urgenza	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Entro 60 gg dall'adozione del provvedimento	Resp. Gestione Economico Finanziaria Affari Generali e Convenzioni Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi Ref. Affari Generali e Convenzioni - Ref. Vita Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane- Ref. Smeraldo	
010 011			Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari				
010 011			Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione				
030	21	Interventi straordinari e di emergenza	Rendicontazione erogazioni liberali per emergenza COVID-19 Art. 99, co. 5 DL 34/2020	Rendicontazione erogazione Covid-19	Rendicontazione delle erogazione liberali a sostegno della emergenza Covid-19	Trimestrale (Comunicato Presidente ANAC 9/07/2020)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Gestione Economico Finanziaria - Ref. Filippi	
RPCT	22	Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale (entro il 31 gennaio)	RPCT	RPCT
RPCT				Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina		
RPCT					Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		
RPCT				Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (in relazione ai termini dell'ANAC)		
RPCT				Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Entro 30 gg dalla conoscenza del provvedimento o dall'adozione dell'atto di adeguamento		
RPCT				Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Entro 30 gg dall'atto di accertamento		
RPCT				Art. 54-bis d.lgs. 165/2001 (LG ANAC 2021)	Whistleblower - Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	Link di accesso alle segnalazioni informatizzate: Regolamento sull'istituto del Whistleblowing	Tempestivo		
RPCT	22	Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	RPCT	RPCT
RPCT				Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2014	Accesso civico concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo		
RPCT				Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale (prima pubblicazione entro il 31-12-2017)		
050		Altri contenuti	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento			

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr		Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
050	22	Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale (entro il 31 marzo)	Resp. Sistemi Informativi	Resp. Sistemi Informativi - Ref. Chiarelli
050				Altri contenuti	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		
RPCT	22	Altri contenuti	Whistleblower - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	l'art. 1, comma 51, legge n. 190/2012 Art. 54bis D.Lgs. 165/2001	Disciplina inerente le modalità per effettuare segnalazioni di condotte illecite	Delibera di riferimento, modello per le segnalazioni, riferimenti mail	Tempestivo	RPCT	RPCT
010	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Art.9 c.6 ACN 17/12/2015	Incarichi Accordo Collettivo Nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie	Numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi del presente Accordo.	Annuale (entro il 31 marzo)	Resp. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Ref. Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Ref. Catania
AVV RM	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Legge n. 24/2017 art 4 co. 3	Adempimenti Legge Gelli	Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, comma 3 della Polizza RCT	Annuale	Resp. Avvocatura Resp. Risk Manager	Ref. Avvocatura Ref. Risk Manager - A. Rossetti
AVV	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	art 17 D.lgs. 50/2016	Attività di rappresentanza legale	Elenco avvocati per affidamento incarichi	Annuale	Resp. Avvocatura	Ref. Avvocatura
011	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 15, c. 1 e 2 del d.lgs. n. 33/2013	Componenti Collegio Sindacale	Componenti del Consiglio Sindacale secondo le indicazioni del Art. 15, c. 1 e 2 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Resp. Affari Generali e Convenzioni	Resp. Affari Generali e Convenzioni - Ref. Vita
050	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 7 dicembre 2018 e successive linee guida	Punti di consegna ordinativi elettronici	Punti di consegna ordinativi elettronici in formato tabellare	Annuale	Resp. Sistemi Informativi	Resp. Sistemi Informativi - Ref. Patriarca
095 070 050 040	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	D.G.R. n. XI/6387 del 16.05.2022	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti	Elenco contenente le procedure d'acquisto effettuate in proroga in ciascun semestre	Semestrale (entro il 31 marzo - 30 settembre)	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale Resp. Ingegneria Clinica Resp. Sistemi Informativi Resp. Approvvigionamenti e Economato	Resp. Gestione Tecnico Patrimoniale - Ref. Grillo Resp. Ingegneria Clinica - Ref. Zappini Resp. Sistemi Informativi - Ref. Chiarelli Resp. Approvvigionamenti e Economato
030	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	LG RL DGR n. XI/3014 del 30/03/2020	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)	Stato avanzamento del percorso	Annuale (Vademcum all. Delib. 13 del 7.12.2020_Orac)	Resp. Gestione Economico Finanziaria	Resp. Approvvigionamenti e Economato
030	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Linee guida regionali per compilazione tabelle BES	Ammontare complessivo dei crediti	Ammontare complessivo dei crediti e numero clienti debitori	Annuale, entro 30 giorni dall'approvazione del BES	Resp. Gestione Economico Finanziaria	
060	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Richiesta annuale da parte del Ministero della Salute, Ministero del Tesoro e Direzione Generale Welfare di RL	Relazione sull'attività della Direzione Scientifica	Relazione annuale dettagliata sulle attività condotte dagli Uffici / UOS della Direzione Scientifica (Segreteria Scientifica, Biblioteca Scientifica, Coordinamento Laboratori di Ricerca, Grants Office, Technology Transfer, Comitato di Etica e Sperimentazioni Cliniche, Clinical Trial Center) e sui risultati di ricerca raggiunti dalla Fondazione.	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Direttore Scientifico	Direttore Scientifico - Ref. Panico
060	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	D.Lgs. n. 502/1992, art. 12 bis, comma 3	Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) a valenza triennale relativo alle attività di ricerca per le quali la Fondazione è riconosciuta IRCCS	Programma di ricerca sanitaria della Fondazione a valenza triennale con proposta di iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari, identificante i settori e le linee di ricerca della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.	Dietro richiesta specifica del Ministero della Salute - Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità	Direttore Scientifico	Direttore Scientifico - Ref. Panico
060	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	D.Lgs. 288/2003	Proprietà intellettuale e industriale per le prestazioni di tutela e valorizzazione della ricerca traslazionale	Elenco esperti in materia di proprietà intellettuale e industriale per affidamento incarichi	Annuale	Direttore Scientifico	Direttore Scientifico - Ref. Clerici Settore Brevetti

TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

cdr		Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
050	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 57 comma 5 Legge 27.12.2002 n. 289	Dispositivi medici	Dispositivi medici	Annuale	Resp. Sistemi Informativi	Resp. Sistemi Informativi - Ref. Orler
040	22	Altri contenuti	Dati ulteriori	art. 4, c. 1, del D.P.C.M. 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture di servizio	Il numero e l'elenco delle autovetture di servizio a qualunque titolo utilizzate, distinte tra quelle di proprietà e quelle oggetto di contratto di locazione o di noleggio, con l'indicazione della cilindrata e dell'anno di Immatricolazione	Annuale	Resp. Approvvigionamenti ed Economato	Resp. Approvvigionamenti ed Economato

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

1) Area: Acquisizione e progressione del personale										
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio	
RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>1.1 Selezione del personale/Definizione del fabbisogno</u> Rischio: assenza dei presupposti programmatori e di pianificazione nonché di effettive carenze organizzative	Basso	il processo è vincolato alla normativa vigente e alle indicazioni regionali. La complessità della normativa di riferimento rappresenta a volte una criticità. Le attività svolte tendono a assicurare la massima trasparenza e a minimizzare il rischio.	<u>Misure di controllo:</u> Verifica sulla coerenza della richiesta di avvio di procedura concorsuale con quanto previsto dalle previsioni normative e regolamentari, dai provvedimenti aziendali, dalla dotazione organica Verifica compatibilità economico/finanziaria.	Nel corso dell'anno prima dell'espletamento della procedura	Funzionari / Resp. Struttura	Verifica delle richieste di avvio procedura sul totale delle procedure concorsuali attivate	100%	
RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>1.2 Immissione in servizio</u> Rischio: contenere il rischio legato a situazione di incompatibilità/inconferibilità o connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.	Basso	il processo è vincolato alla normativa vigente. Si percepisce una inadeguata conoscenza circa le norme in materia ma le misure adottate tra i diversi uffici interessati tendono a minimizzare il rischio.	<u>Misure di incompatibilità/inconferibilità:</u> 1) sottoscrizione da parte del neoassunto di dichiarazioni relative a: incompatibilità, inconferibilità, condanne penali. 2) inserimento nel contratto individuale di lavoro di una clausola ex art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001 <u>Misure di controllo</u> Verifica presenza di condanne penali	Nel corso dell'anno prima dell'espletamento della procedura	Funzionari / Resp. Struttura	Verifica presenza di condanne penali sul totale delle immissioni	100%	
RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>1.3 Erogazione compensi al personale</u> Rischio: corresponsione emolumenti non dovuti	Basso	La complessità della materia e delle attività possono rappresentare un problema interpretativo. Si fa riferimento alla vigenti disposizioni normative e contrattuali in materia nonché alle procedure interne previamente approvate a seguito di trattativa sindacale. Le misure adottate garantiscono la massima trasparenza e le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio.	<u>Misure di controllo:</u> Gestione con procedura integrata presenze/stipendi /turnistica e contestuale passaggio automatico delle variabili mensili connesse alla presenza in servizio con impatto economico in busta paga	cadenza mensile	Funzionari / Resp. Struttura	n. di voci variabili controllate	50	
RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>1.4 Rilevazione presenze</u> Rischio: uso discrezionale e non appropriato dei giustificativi relativi alla presenza in servizio	Basso	In relazione alla numerosità degli istituti applicabili, in rispetto alle vigenti disposizioni normative e contrattuali, è stata adottata una modulistica il più possibile chiara e completa circa i dati/requisiti alla base delle singole richieste. Le modalità di invio e ricezione delle richieste e le verifiche effettuate sono adeguate a ridurre completamente il rischio oltre che a garantire la massima trasparenza.	<u>Misure di regolamentazione</u> Utilizzo della nuova modulistica di concessione giustificativi relativi alla presenza in servizio. <u>Misure di controllo:</u> Verifica documentazione con il coinvolgimento degli uffici giuridico/presenze/stipendi Monitoraggio mensile delle anomalie sui cartellini del personale ed invio al responsabile della struttura per le verifiche.	Nel corso dell'anno con cadenza mensile	Funzionari / Resp. Struttura	verifica documentazione sul totale giustificativi inseriti	100%	
Incarichi e nomine										
2) Area: Incarichi e nomine										
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio	
RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>2.1 Affidamento Incarichi dirigenziali</u> Rischio: uso distorto della discrezionalità, mancato o carente uso dei criteri di imparzialità	Lieve	Il potenziale eccesso di discrezionalità potrebbe rappresentare un rischio. Al riguardo, sulla base delle vigenti previsioni normative in materia, è stata adottata una procedura interna che tende a garantire la trasparenza nonché a neutralizzare il rischio.	<u>Misure di regolamentazione:</u> Applicazione del Sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali / definizione criteri, procedure e principi per l'affidamento degli incarichi / Rafforzamento della trasparenza. <u>Misure di controllo</u> Verifica dei criteri e delle procedure - tracciabilità dei processi/procedure	periodica/tempestiva	Funzionari / Resp. Struttura	Verifica dei criteri e delle procedure sul totale degli affidamenti incarichi	100%	

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	<u>2.2 Incarichi di Struttura Complessa - Dirigenti dell'area PTA</u> Rischio: uso distorto della discrezionalità, mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.	Lieve	Il potenziale eccesso di discrezionalità potrebbe rappresentare un rischio. La materia è ampiamente vincolata da Legge ed è inoltre oggetto di trattativa aziendale. Le modalità adottate per l'affidamento tendono a ridurre il rischio.	<u>Misure di regolamentazione:</u> Esplicitazione delle modalità di affidamento degli incarichi sulla base di accordi decentrati / trasparenza e tracciabilità degli atti relativi al procedimento di nomina. <u>Misure di controllo</u> Verifica dei criteri e delle procedure - tracciabilità dei processi/procedure	periodica/tempestiva	Funzionari / Resp. Struttura	Verifica dei criteri e delle procedure sul totale degli incarichi di struttura complessa PTA	100%
RISORSE UMANE	Procedure acquisizione contratti collaborazione	<u>2.3 Selezione dei collaboratori</u> (formazione commissione, valutazione titoli, colloquio di valutazione) Rischio: Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Basso	Il potenziale eccesso di discrezionalità potrebbe rappresentare un rischio. Al riguardo, sulla base delle vigenti previsioni normative in materia, è stata adottata una procedura interna che tende a garantire la trasparenza nonché a neutralizzare il rischio.	<u>Misure di controllo:</u> Verifica delle dichiarazioni e dei requisiti di accesso di tutti i collaboratori risultati vincitori dalle procedure di assegnazione delle collaborazioni riguardanti i Medici e di un campione pari al 30 % delle altre professionalità	Nel corso dell'anno	Funzionari	Verifica requisiti di accesso di tutti i collaboratori Medici risultati vincitori dalle procedure di assegnazione. Verifica requisiti di accesso del 30% dei collaboratori risultati vincitori per le altre	100% 30%
GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Autorizzazione incarichi conferiti da soggetti pubblici e privati ai dipendenti della Fondazione.	<u>2.4 Procedura di autorizzazione incarichi ai dipendenti</u> Rischio: omessa o erronea richiesta del dipendente che non consenta la verifica della sussistenza del conflitto di interessi	Lieve	il rischio risulta vincolato dal nuovo regolamento in materia di incarichi extra-istituzionali che ha notevolmente ridotto l'eccesso di discrezionalità con riferimento al conflitto d'interessi	<u>Misure di regolamentazione:</u> Attuazione Regolamento approvato con delibera n. 42 del 24.07.2019 <u>Misure di controllo:</u> Verifica a campione della tempestività di invio della documentazione e della completezza delle informazioni necessarie al rilascio dell'autorizzazione	Nel corso dell'anno Annuale	Dott.ssa Giulia Franceschi	Sul campione rilevato: # pratiche consegnate in ritardo/totale pratiche campione # pratiche complete/totale pratiche campione	5% 95%

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

3) Area: Contratti pubblici										
Contratti pubblici Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio	
<p>UOC ACQUISTI, APPALTI, LOGISTICA</p> <p>UOC INGEGNERIA CLINICA</p> <p>UOC SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI</p> <p>UOC FUNZIONI TECNICHE</p>	<p>Acquisizione lavori, beni, servizi e forniture</p>	<p><u>3.1 Programmazione</u> Rischio: Inadeguata definizione dei fabbisogni; reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto (artificioso frazionamento), intempestiva predisposizione degli strumenti di programmazione</p>	Medio	<p>il processo viene controllato con la redazione dei diversi piani di programmazione, ha un grado di incertezza dovuta ai finanziamenti disponibili che a volte implica modifiche non rispettose della pianificazione; la frammentazione dei livelli di acquisto (CONSIP; ARIA; consorzi, acquisti autonomi) introduce alcune variabili di criticità quali l'incertezza dei tempi di disponibilità delle gare svolte dalle centrali di acquisto o dagli altri consorzi, con conseguente incremento della probabilità di ricorsi post aggiudicazione ; fatte salve le criticità esogene, è un processo nel complesso mediamente controllato</p>	<p><u>Misure di trasparenza:</u> Redazione e pubblicazione tempestiva sul sito del programma biennale acquisti beni e servizi e Programma triennale dei lavori pubblici</p> <p><u>Misure di controllo</u> Attività di monitoraggio degli affidamenti diretti (art. 36, c. 2, lett. a, d.lgs 50/2016)</p> <p><u>Misure di regolamentazione</u> Revisione procedure che coinvolgono tutti i soggetti, compresa la direzione generale, nella definizione del fabbisogno e delle priorità</p>	<p>Entro 30gg dall'approvazione</p> <p>Nel corso dell'anno</p> <p>Nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore di U.O.</p> <p>UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi</p>	<p>% Nr. affidamenti diretti/ Nr. totale affidamenti</p> <p>% Valore affidamenti diretti/ Valore totale affidamenti (da pesare per tutta l'area) (semestrali 15/07 e 15/01)</p> <p>Numero di Gare gestite da ciascuna UO</p> <p>Numero di proroghe per ciascuna UO</p>	<p>da rivalutare per Nuovo Codice</p>	
		<p><u>3.2 Progettazione</u> Rischio: incompletezza della determina a contrarre con carenze nella esplicitazione degli elementi essenziali del contratto; insufficiente stima del valore dell'appalto. Eccessivo ricorso alle procedure in unicità (infungibilità).</p>	Medio	<p>Per la progettazione vengono raccolte tutte le informazioni disponibili; può esserci criticità per una insufficienza di competenze tecniche che si affronta con formazione continua; in alcuni settori (in special modo per beni sanitari e manutenzione di sistemi medicali e IT) si pone con le frequenze mappate dagli indicatori la questione dell'infungibilità, che è comunque tenuta sotto controllo attraverso l'applicazione del regolamento approvato</p>	<p><u>Misure di controllo</u> - Audit interni sulla definizione dei fabbisogni quali-quantitativi;</p> <p><u>Misure di regolamentazione</u> - Applicazione regolamento degli affidamenti diretti (det. 964 del 21-05-2019) in coerenza con le linee guida regionali acquisti in esclusiva e/o infungibili (dgr 491 del 02-08-2018)</p> <p>- Rendicontazione sintetica al RPCT (semestrale) in ordine alle acquisizioni di beni / servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ai 40.000 Euro, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta.</p> <p><u>Misure di controllo</u> Attività di monitoraggio affidamenti di beni/servizi infungibili (art. 63, co. 2, lett. b, d.lgs 50/2016)</p>	<p>Nel corso dell'anno</p> <p>Nel corso dell'anno</p> <p>luglio e gennaio</p> <p>Nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore di U.O.</p> <p>UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi</p>	<p>% N. affidamenti di beni e servizi infungibili (cd. unici) / nr. totale affidamenti</p> <p>% Valore affidamenti (cd. unici) / Valore totale affidamenti</p> <p>Numero procedure negoziate con o senza bando con relativa valorizzazione per tutta l'Area.</p> <p>(da pesare per tutta l'area) (semestrali 15/07 e 15/01)</p>	<p>da rivalutare per Nuovo Codice</p>	
		<p><u>3.3 Selezione del contraente</u> Rischio: comportamenti tesi a manipolare indebitamente la platea dei partecipanti o applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione;</p>	Medio	<p>In generale, nel momento in cui la procedura di selezione del contraente è in capo al soggetto aggregatore, tale processo è indipendente. Nel caso di procedure svolto in maniera autonoma, la Fondazione si tutela scegliendo i componenti della commissione giudicatrice secondo i criteri di competenza e professionalità previsti dal codice.</p>	<p><u>Misura di regolamentazione</u> Rispetto obblighi approvvigionamento tramite centrale di committenza</p> <p><u>Misure di controllo:</u> Monitoraggio delle procedure per le quali è pervenuta una sola offerta;</p>	<p>Nel corso dell'anno</p> <p>luglio e gennaio</p>	<p>Direttore di U.O.</p> <p>UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi</p>	<p>Numero delle procedure per le quali è pervenuta una sola offerta;</p> <p>(da pesare per tutta l'area contratti pubblici) (semestrali 15/07 e 15/01)</p>	<p>da rivalutare per Nuovo Codice</p>	

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

		<p><u>3.4 Verifica, aggiudicazione e stipulazione contratto</u> <u>Rischio: alterazione controlli al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti;</u></p>	Medio	<p>il processo può avere criticità per l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità da parte di pochi o di un unico soggetto per la scarsità di personale; l'attività svolta viene pubblicata su piattaforma telematica. Il processo è comunque soggetto, oltre che al controllo ed alla responsabilità interna del RUP che comunque deve approvare i documenti di gara e i verbali di aggiudicazione, anche al controllo di legittimità e regolarità procedurale degli operatori economici partecipanti alla procedura. Il monitoraggio dei ricorsi effettuati è quindi un metodo attuato per la tenuta sotto controllo del processo.</p>	<p><u>Misure di controllo:</u> Monitoraggio delle procedure soggette a ricorso giurisdizionale</p>	Nel corso dell'anno	<p>Direttore di U.O. UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi</p>	<p>% Numero procedure soggette a ricorso giurisdizionale / n. totale procedure (semestrali 15/07 e 15/01) (da pesare per tutta l'area contratti pubblici)</p>	da rivalutare per Nuovo Codice	
		<p><u>3.5 Esecuzione contratto e Rendicontazione del contratto</u> <u>Rischio:</u> - inadeguato controllo avanzamento esecuzione del contratto in relazione al valore, all'oggetto del contratto ed alle condizioni contrattuali. - motivazione incongrua del provvedimento di adozione di una variante; - proroghe termini esecuzione del contratto - incompletezza documentazione necessaria alle verifiche di conformità del contratto</p>	Medio	<p>il processo deve essere monitorato perché c'è una scarsa consapevolezza da parte del personale potenzialmente coinvolto; è stata svolta quindi una specifica attività di formazione; si segnala che la mancanza del regolamento aziendale preclude ad oggi la possibilità di un riconoscimento economico a chi svolge attività di DEC.</p>	<p><u>Misure di regolamentazione:</u> - Redazione di una procedura relativa alla modalità di svolgimento delle funzioni del DEC. <u>Misure di formazione:</u> Formazione inerente le responsabilità e compiti del DEC alla luce delle linee guida di cui il DM n. 4 del 7 marzo 2018. <u>Misure di controllo:</u> - Utilizzo puntuale del sistema ERP (Enterprise Resource Planning) per verifiche interne sulla congruenza importi ricevuti/fatturati rispetto importi aggiudicati e identificazione - Monitoraggio del numero di segnalazioni di inadempimenti contrattuali. Numero diffide e applicazioni di penali.</p>	<p>- procedura entro il 2021 - nel corso dell'anno - nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore di U.O. UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi</p>	<p>rapporto % tra affidamenti con variante e totale affidamenti Av/At; rapporto % tra affidamenti interessati da proroghe e totale affidamenti Ap/At. (da pesare per tutta l'area contratti pubblici) rapporto % tra valore penali applicate (VPA) e valore economico del contratto (VC) (da pesare per tutta l'area contratti pubblici) (semestrali 15/07 e</p>	da rivalutare per Nuovo Codice	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione trasporti esterni	<p><u>3.6 Dimissione dell'utente non autonomo che necessita di trasporto sanitario</u> Rischio: che la scelta del mezzo di trasporto sia condizionata dal personale di reparto dietro compenso da parte del soggetto favorito.</p>	Basso	<p>PROCESSO: risulta vincolato dalle procedure interne ormai capillarmente diffuse ELEMENTI DI CRITICITA': in linea teorica vi potrebbe essere comunque una quota di discrezionalità e di mancato rispetto delle procedure legata all'agire di un singolo, nonostante i controlli effettuati sia a livello centrale (DMP-DPS) che a livello dei Coordinatori di reparto CONCLUSIONI: le verifiche sono comunque adeguate a ridurre notevolmente il rischio</p>	<p><u>Misure di controllo:</u> Controlli a campione sul 15%, presso le Unità Operative per verificare la presenza dell'elenco delle società che si occupano del trasporto a domicilio di pazienti non autonomi e del corretto utilizzo.</p>	Controlli a campione distribuiti nell'arco dell'anno	REFERENTE DSP/ REFERENTE SITRA	<p>UO controllate sul totale UO</p>	15%	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione rifiuti	<p><u>3.7 Ritiro rifiuti da UUOO, stoccaggio temporaneo, pesatura, allontanamento</u> Rischio: che vengano dichiarati dati relativi al peso superiori al reale al fine aumentare il pagamento da parte dell'azienda per lo smaltimento, con l'accordo di personale interno che trae un vantaggio economico.</p>	Lieve	<p>PROCESSO: risulta vincolato dalla legge, da atti amministrativi e da procedure interne. ELEMENTI DI CRITICITA': in linea teorica vi potrebbe essere comunque una quota di discrezionalità e di mancato rispetto delle procedure/leggi legata all'agire di un singolo, nonostante i controlli effettuati a livello centrale CONCLUSIONI: le verifiche sono comunque adeguate a ridurre il rischio</p>	<p><u>Misure di controllo:</u> Sistematizzazione di controlli periodici a sorpresa, in particolare nella fase della pesatura.</p>	Effettuazione di almeno sei controlli annuali	Referente SPIO	n di controlli effettuati/previsti	100%	
4) Area: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico										
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico										

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
SERVIZIO LEGALI E DELLE ASSICURAZIONI	Gestione del contenzioso in ambito sanitario	<u>4.1 Istruttoria liquidazione sinistri</u> Rischio: alterata percezione della valutazione che porta a decisioni parziali favorevoli ad una delle parti in danno della Fondazione. Comportamento parziale della compagnia assicuratrice o dei componenti del CVS o dei dirigenti competenti in materia di liquidazione e pagamento dei sinistri.	Lieve	Il processo risulta vincolato dalla procedura interna di cui la delibera 94/2017. Sulla base dell'esperienza pregressa, si ritiene che l'efficacia della misura di controllo adottata per questo processo risulta adeguata a minimizzare il rischio.	<u>Misura di regolamentazione</u> Dare attuazione alla procedura di gestione dei sinistri in ambito sanitario (delibera n. 94 del 25-05-2017) <u>Misura di controllo</u> Verifica di assenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei componenti rispetto ai soggetti che avanzano richiesta risarcitoria	Nel corso dell'anno	dirigente ufficio legale	appropriatezza e completezza nella redazione dei verbali	nessuno
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico									
5) Area: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico									
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico									
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
AFFARI GENERALI E LEGALI, CONVENZIONI	Convenzioni passive	<u>5.1 Istruttoria convenzioni passive sanitarie</u> Rischio: Abuso nel procedimento di individuazione del soggetto con il quale stipulare la convenzione passiva	Lieve	Il processo risulta strutturalmente inserito nella procedura interna sia per il rinnovo che per la stipulazione di nuove convenzioni passive. Pertanto, a ciascun Direttore viene richiesta adeguata motivazione circa la scelta del contraente contestualmente al rinnovo o alla stipula della convenzione. Sulla base dell'esperienza pregressa, l'efficacia della misura di controllo adottata per questo processo risulta adeguata a minimizzare il rischio e assicura trasparenza.	<u>Misura di controllo</u> Verifica costante della presenza di adeguata motivazione circa la scelta del contraente da parte del Direttore dell'UOC e del Direttore Sanitario	Nel corso dell'anno	Responsabile UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni	Presenza di idonea motivazione nelle determinazioni che autorizzano le convenzioni	0
Attività libero professionale e liste di attesa									
6) Area: Attività libero professionale e liste di attesa									
Attività libero professionale e liste di attesa									
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione dei procedimenti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (Ricovero ordinario)	<u>6.1 Gestione delle liste di attesa tramite Accweb</u> Rischio: che vengano favoriti gli ingressi di pazienti che non rientrano nelle priorità dichiarate, non rispettando quanto previsto dalla normativa in merito all'indicazione della priorità. Rischio: che vengano ricoverati pazienti che non seguono l'iter di inserimento in lista di attesa, derivanti direttamente da visite in ambulatorio privato e senza priorità di accesso	Lieve	PROCESSO: risulta vincolato dalla legge e da procedure interne ELEMENTI DI CRITICITA': difficoltà ad effettuare controlli adeguati con gli strumenti informatici a disposizione, attori del processo molteplici CONCLUSIONI: il rischio non è di facile contenimento. Allo stato le verifiche programmate risultano adeguate a ridurre il rischio. <i>In ogni caso si è proposta una condivisione con la UO Gestione Operativa</i>	<u>Misure di controllo:</u> Monitoraggio periodico delle liste (DMP/DPS) su almeno il 30% delle UUOO di area chirurgica.	Nel corso dell'anno	DMP in collaborazione con la UOC Gestione Operativa, Marketing e LP	N. di pazienti per cui la data di ricovero programmato coincide con quella di inserimento in lista senza note esplicative adeguate/tot pazienti in lista Numero di casi con priorità A per cui non è indicata né la diagnosi né la tipologia di intervento	0%
GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione.	<u>6.2 Svolgimento dell'ALPI</u> Rischio: violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Basso	il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza, in particolare vengono rilevati i volumi delle prestazioni istituzionali più critici in rapporto a quelli libero professionali e costantemente monitorati	<u>Misure di controllo:</u> Verifica a campione dei volumi di attività svolti dai medici in Libera Professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Sul campione rilevato: # prestazioni erogate in LP/ # prestazioni erogate in SSN	<50%

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione.	<u>6.3 Svolgimento dell'ALPI</u> Rischio: svolgimento dell'ALPI in orario di servizio. Espletamento da parte del personale medico dell'attività libero professionale ambulatoriale durante l'orario di lavoro, in base alle timbrature documentate dal sistema di rilevazione presenze.	Lieve	il tipo di controllo applicato sul processo assicura un monitoraggio costante della prestazione effettuata durante l'orario di lavoro	<u>Misure di controllo:</u> Per verificare che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari della prima visita prenotata in regime libero professionale.	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Il caso è valutato in base all'ora della prima visita prenotata del giorno: # casi anomali verificati/totale	10%
GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso studi professionali privati dei professionisti autorizzati ai sensi di quanto previsto all'art. 2, comma 4, legge 120/07 e s.m.i..	<u>6.4 ALPI: Violazione degli obblighi di prenotazione centralizzata, di fatturazione e di incasso diretto dell'Azienda dei proventi da ALPI espletata presso studi professionali in rete</u> Rischio: non congruità del processo di prenotazione-esecuzione-fatturazione e incasso delle prestazioni erogate.	Basso	il tipo di controllo applicato sul processo assicura ampia trasparenza, in particolare le verifiche programmate risultano adeguate a minimizzare il rischio	<u>Misure di controllo:</u> Verifica degli importi fatturati e incassati complessivamente da parte degli studi esterni per l'accertamento della congruenza	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Valore di incassato/valore del fatturato	<100%
GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale	<u>6.5 Svolgimento dell'ALPI</u> Rischio: alterazione dello svolgimento dell'attività in assenza di regole chiare ed aggiornate	Lieve	risulta vincolato dal nuovo regolamento in materia di Libera Professione che, in accordo con le future Linee Guida della Regione Lombardia consentiranno di ridurre l'eccesso di discrezionalità	<u>Misure di regolamentazione:</u> Bozza di nuovo Regolamento ALPI	Entro 2021	Gestione Operativa, Marketing e LP	Redazione della bozza	proposta
GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale in regime di ricovero espletata presso le strutture interne della Fondazione.	<u>6.6 Svolgimento dell'ALPI</u> Rischio: alterazione dello svolgimento dell'attività, in particolare per errate informazioni ai pazienti sui tempi d'attesa per il ricovero	Lieve	La Fondazione è dotata di strumenti informatizzati per la valutazione dei livelli di saturazione delle agende e sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio	<u>Misure di regolamentazione:</u> Verifica a campione dell'inserimento in lista d'attesa informatizzata (ACCEWEB) dei ricoveri programmati in libera professione	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Sul campione rilevato: # ricoveri inseriti in lista d'attesa informatizzata (ACCEWEB)/ # ricoveri con oneri 5-6 (LP)	<95%
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio									
7) Area: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio									
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio									
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
PATRIMONIO - Con atto notarile del 11-11-2014 il patrimonio immobiliare del Policlinico è stato apportato al "Fondo Immobiliare Ca' Granda" dedicato al social housing - In data 17-12-2014 il patrimonio campagna è stato dato in gestione alla Fondazione Sviluppo Ca' Granda	Trasparenza	<u>7.1 Applicazione della normativa in materia di trasparenza limitatamente ai dati e ai documenti inerenti l'attività di pubblico interesse svolta dalla Fondazione Patrimonio Ca' Granda.</u>	Medio	il Processo risulta in carico alla Fondazione Patrimonio Ca' Granda, che applica la normativa in materia di trasparenza.	<u>Misure di controllo:</u> - Verifica adozione delle misure in materia di trasparenza	nel corso dell'anno	Responsabile UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni		100%
U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Recupero crediti	<u>7.2 Applicazione processo recupero crediti (Verifica esigibilità del credito, eventuale sollecito, gestione contabile posizione)</u> Rischio: chiusura discrezionale di posizioni creditorie senza adeguata documentazione a comprova	Basso	Risulta strutturalmente vincolato da uno specifico regolamento e, nel caso di svalutazioni, da atti amministrativi ad hoc. Nonostante non sia esclusa una componente discrezionale, il tipo di controllo assicura ampia trasparenza ed è adeguato a neutralizzare il rischio.	<u>Misure di regolamentazione</u> Attuazione regolamento recupero crediti (delibera CdA n. 17 del 21-12-2017) Realizzazione "Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC)" per l'area F) "Crediti e ricavi" <u>Misure di controllo</u> Controllo a campione sulla chiusura dei crediti che non sia suffragata da effettivo incasso in tesoreria ovvero di adeguata documentazione a supporto	Controllo a campione mensile	Responsabile U.O.C. Economica Finanziaria	Verbale del tavolo tecnico e Report allegato attestante % di recupero per ciascun Ufficio Competente	100% di conformità

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Emissione Note di Credito/Rimborsi da parte degli operatori delle Casse CUP	<u>7.3 Istruttoria per la gestione dei rimborsi e delle note di credito</u> Rischio: infondatezza emissione documento creditorio e contestuale indebito appropriamento di somme corrispondenti dalla cassa da parte dell'operatore.	Basso	Risulta strutturalmente regolato dalle procedure interne. Nonostante non sia esclusa una componente discrezionale, il tipo di controllo applicato è adeguato a ridurre il rischio.	<u>Misure di controllo</u> Controllo a campione sulla correttezza dell'emissione di note di credito e rimborsi Realizzazione "Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC)" per l'area F) "Crediti e ricavi"	Controllo a campione mensile	Responsabile U.O.C. Economica Finanziaria	Estrazione discrezionale di n. 3 rimborsi al mese per verifica della documentazione a giustificazione del rimborso effettuato dagli operatori di cassa.	100% di conformità
U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Gestione carte di credito	<u>7.4 Istruttoria per ricarica delle carte di credito</u> Rischio: mancata corrispondenza tra le spese sostenute e i giustificativi.	Basso	Risulta parzialmente vincolato dal regolamento inerente l'utilizzo delle carte della ricerca e dalle procedure interne (v. procedura PAC Area Disponibilità Liquide). Nonostante non sia esclusa una componente discrezionale, sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a minimizzare il rischio.	<u>Misure di controllo</u> - Monitoraggio mensile, all'interno delle attività di rendicontazione, della esatta corrispondenza tra le spese effettuate e i giustificativi (ricevute, scontrini, fatture, documenti fiscali) presentati a corredo delle spese dichiarate - Conciliazione tra spese dichiarate e saldo carte di credito emesso dalla Banca <u>Misure di regolamentazione</u> Realizzazione "Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC)" per l'area G) "Disponibilità liquide"	Cadenza bimestrale	Responsabile U.O.C. Economica Finanziaria	Documentazione raccolta a seguito del controllo	100% di conformità

8) Area: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero									
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione attività necroscopica	<u>8.1 Comunicazione avvenuto decesso</u> Rischio: che vengano favorite agenzie funerari dietro segnalazione del decesso di pazienti ricoverati da parte di personale interno	Lieve	PROCESSO: risulta vincolato dalle leggi e da procedure interne ELEMENTI DI CRITICITA': in linea teorica vi può essere comunque una quota di discrezionalità e di mancato rispetto delle procedure legata all'agire di un singolo, nonostante i frequenti controlli effettuati sia a livello centrale (DMP-DPS) che a livello dei Coordinatori. <i>Non facile effettuare rotazioni in considerazione della tipologia di mansione.</i> CONCLUSIONI: le verifiche sono comunque adeguate a ridurre il rischio	<u>Misure di controllo:</u> Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese che si sono occupate del funerale. Ispezioni a sorpresa in camera mortuaria per controllo processi in corso e dell'eventuale presenza di sconosciuti nell'area.	Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese che si sono occupate del funerale. Ispezioni a sorpresa in camera mortuaria per controllo processi in corso e dell'eventuale presenza di sconosciuti	REFERENTE DSP/ REFERENTE DPS	documentazione raccolta a seguito del controllo	100%
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni									

9) Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni									
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio
FARMACIA	Gestione magazzini	<u>9.1 Gestione delle scorte di beni sanitari nei magazzini Farmacia e UUOO e contenimento sprechi per scaduti/ non utilizzati</u>	Lieve	Il processo risulta essere sotto controllo: 1) E' in fase di aggiornamento l'Istruzione operativa che Farmacia utilizza per il controllo mensile delle scadenze (DO.650.I00XXX) 2) E' stato eseguito il conteggio degli scaduti secondo procedura in vigore: l'indicatore calcolato è inferiore al valore previsto 3) da novembre 2019 sono ripresi gli audit di reparto. le verifiche sono adeguate a ridurre il rischio	<u>Misure di controllo:</u> Magazzino centrale: Verifica mensile degli ariticolici a scaffale in scadenza nel mese in corso Magazzino di reparto: verifica a campione della corretta gestione delle scadenze.	Magazzino centrale : report mensile Magazzini UUOO: calendarizzate nell'arco del biennio	UOC Farmacia	Conteggio e valorizzazione degli scaduti rispetto al valore medio di giacenza fisica per un mese Conteggio e valorizzazione degli scaduti rispetto al valore dei beni sanitari movimentati in un anno	Valore scaduti pari a 0,5% del valore di giacenza media mensile a scaffale

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

FARMACIA	Dispositivi e altre tecnologie	<p><u>9.2 Selezione del fornitore influenzata da interessi esterni all'azienda per inserimento in PTO di nuovi dispositivi medici/tecnologie</u></p> <p><u>Obiettivi: Corretta valutazione del nuovo dispositivo medico/tecnologia secondo appropriatezza e vantaggi clinici e/o economici; trascurare e trascurare l'influenza commerciale non indipendente.</u></p>	Medio	Farmacia ha proceduto per la parte di competenza alla valutazione delle richieste pervenute in attesa di riattivazione della CADM. Ove il clinico ha richiesto DM extraprontuario sono stati trattati come casi singoli (motivati dal clinico) e autorizzati dalla Direzione Medica. Deliberata CADM 1989 15/10/2019. In attesa di riattivazione della commissione vi è ancora eccesso di discrezionalità; il processo non risulta ancora sotto controllo	<p><u>Misure di controllo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi di evidenza da letteratura scientifica, raffronto con dispositivi in uso. - Analisi dei costi correlati con il drg /rimborso della prestazione. - Particolare attenzione nella valutazione dell'effettiva infungibilità di un dispositivo medico - Verifica dello smaltimento delle scorte dei consumabili della precedente tecnologia 	Entro 2021 Monitoraggio semestrale	UOC Farmacia	Numero delle richieste di inserimento in repertorio approvate dalla commissione rapportato al numero di richieste ricevute	90% delle richieste ricevute	
FARMACIA	Farmaceutica	<p><u>9.3 Selezione del fornitore influenzata da interessi esterni all'azienda per inserimento in PTO di nuovi farmaci</u></p> <p><u>Obiettivi: Corretta valutazione del nuovo farmaco secondo appropriatezza e vantaggi clinici e/o economici; trascurare e trascurare l'influenza commerciale non indipendente.</u></p>	Lieve	Farmacia ha proceduto per la parte di competenza alla valutazione delle richieste pervenute: I farmaci sono soggetti a regole regionali vincolanti (centri prescrittori) e obiettivi specifici es: Biosimilari e Innovativi. Tutte le richieste di farmaci in prontuario sono state valutate anche con riduzione della spesa, per i farmaci File F abbiamo proceduto alla introduzione secondo le regole regionali Verrà attivata anche la commissione specifica	<p><u>Misure di controllo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi di appropriatezza da letteratura scientifica, - Analisi rischio/beneficio, - Analisi vantaggi durata terapia. - Analisi dei costi correlati con il drg /rimborso della prestazione - Verifica dello smaltimento delle scorte della precedente terapia. 	Entro 2021 Monitoraggio semestrale	UOC Farmacia	Numero delle richieste di inserimento in pto approvate dalla commissione rapportato al numero di richieste ricevute	90% delle richieste ricevute	
DIREZIONE SCIENTIFICA	Gestione dei rapporti con soggetti terzi nell'ambito della ricerca	<p><u>9.4 Acquisto farmaci, reagenti e materiale economale su fondi di ricerca</u></p> <p><u>Rischio: uso discrezionale delle dichiarazioni di unicità rese da parte dei ricercatori richiedenti.</u></p>	Basso	<p>Processo: Il processo è vincolato dalla normativa di riferimento (Codice Appalti) e dal Regolamento interno (R. 19.F. del 20/05/2019) della UOC Approvvigionamenti, Appalti Logistica, che autorizza gli ordini della Direzione Scientifica. Gli ordini sono per la quasi totalità sotto soglia comunitaria e comunque, in caso di assenza di concorrenza e conseguente impossibilità di valutare una pluralità di preventivi, le richieste sono tutte corredate, indipendentemente dall'importo, da circostanziata dichiarazione di infungibilità o motivazione di affidamento diretto. Inoltre, il fatto che la fase autorizzativa sia in carico alla Direzione Scientifica mentre il responsabile del procedimento sia il Dir. Resp. della UOC Approvv., Appalti, Log. permette un doppio controllo.</p> <p>Elementi di criticità: Il/i preventivo/i è/sono richiesti direttamente dal ricercatore: il personale dedicato in Direzione Scientifica non sarebbe sufficiente a gestire anche la fase di contrattazione.</p> <p>Conclusioni: Il controllo applicato sul processo risulta adeguato a minimizzare il rischio.</p>	<p><u>Misure di controllo:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acquisizione di motivata attestazione di unicità del richiedente, come da modulistica già in uso; 2) Conduzione di indagini di mercato nel caso di richieste di acquisizione materiale di consumo di importo superiore ad € 40.000,00. 	Nel corso dell'anno	Funzionari della Direzione Scientifica in collaborazione con la UOC Farmacia / UOC Acquisti, Appalti, Logistica	<ol style="list-style-type: none"> 1) acquisizione attestazione di unicità sul 100% delle richieste pervenute; 2) Verifica delle dichiarazioni di unicità rese dai richiedenti su richieste di importo superiore ad € 40.000,00, in collaborazione con la UOC Farmacia / UOC Acquisti, Appalti, Logistica 	100%	
: Ricerca										
10) Area: Ricerca										
Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	Livello RISCHIO	Motivazione	Azioni/Misure di trattamento del rischio proposte da ciascun responsabile	Tempistica con eventuale indicazione delle fasi per l'attuazione della misura	Responsabili dell'attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso dell'indicatore di monitoraggio	

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

RISORSE UMANE	Assegnazione borse di studio	<p><u>10.1 Gestione della documentazione di aspiranti candidati a seguito dell'affissione di avvisi di selezione</u></p> <p>Rischio: Presentazione di false dichiarazioni rese da parte degli aspiranti candidati alle selezioni a proprio vantaggio</p>	Basso	<p>Processo: Il processo, sottoposto a Sistema Qualità di Fondazione, risulta strutturalmente vincolato dalla procedura in vigore (P.03.060 - Gestione del personale non subordinato), interamente revisionata nel mese di aprile 2019 nonché dal Regolamento per l'acquisizione e le attività del personale borsista della Fondazione, approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 2643 del 15.12.2016.</p> <p>Elementi di criticità: Nonostante sistematicamente la Direzione Scientifica avanzi richieste volte a verificare la veridicità delle dichiarazioni rese dai vincitori delle selezioni (es: presso le Università degli Studi, per la verifica dei titoli di studio dichiarati), risulta spesso difficile ottenere risposte a quanto richiesto.</p> <p>Conclusioni: Nonostante la criticità rilevata per quanto attiene la difficoltà ad ottenere risposte dagli Enti interpellati, le dichiarazioni rese dai vincitori sono sino ad ora sempre risultate veritiere rispetto a quanto da questi dichiarato in sede di ammissione alla selezione.</p>	<p><u>Misura di controllo:</u> Verifiche a campione sulle dichiarazioni rese dagli effettivi vincitori di borse di studio presso la Fondazione</p>	Nel corso dell'anno	Funzionari / Resp. Struttura	Verifica delle dichiarazioni rese dagli effettivi vincitori di borse di studio presso la Fondazione	3%
DIREZIONE SCIENTIFICA - UOS CLINICAL TRIALS CENTER	Sperimentazione clinica	<p><u>10.2 Modalità di ripartizione e definizione delle quote di attribuzione al personale dipendente dei proventi derivanti da studi profit.</u></p> <p>Rischio: ripartizione discrezionale dei proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche</p>	Basso	<p>Processo: Il processo risulta strutturalmente vincolato dalle Determinazioni del Direttore Generale in materia di ripartizione proventi derivanti da studi profit attualmente in vigore, ossia la n. 1085 del 21.05.2015 e la n. 367 del 22.02.2018, per gli studi approvati successivamente alla data dell'ultima determinazione.</p> <p>Elementi di criticità: Esistono ancora aree relative alle sperimentazioni cliniche con dei vuoti di regolamentazione, in particolare riferendosi alla attribuzione dei costi delle attività riguardanti sia la pratica clinica sia quella specificamente amministrativa della sperimentazioni. Non sono state determinate tariffe per le sperimentazioni.</p> <p>Conclusioni: E' necessario colmare le carenze di regolamentazione e determinare un tariffario per le sperimentazioni.</p>	<p><u>Misure di controllo:</u> Monitoraggio e verifica delle modalità di ripartizione dei proventi derivanti da studi profit (approvate con determinazione del Direttore Generale n. 367 del 22.02.2018) e no profit con proventi supportati da finanziamenti privati.</p> <p><u>Misura di Regolamentazione:</u> Predisposizione procedura che disciplini le tariffe e le modalità di ripartizione degli introiti.</p>	Nel corso dell'anno	Direzione Scientifica - U.O.S. Clinical Trials Center	fatto/non fatto	100%
DIREZIONE SCIENTIFICA - UOS CLINICAL TRIALS CENTER	Sperimentazione clinica	<p><u>10.3 Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor / finanziatori (aziende farmaceutiche) di sperimentazioni profit / no profit</u></p> <p>Rischio: interesse privato da parte dello sperimentatore nell'eseguire una determinata sperimentazione</p>	Lieve	<p>Processo: Il processo risulta strutturalmente vincolato dal DM n. 51 del 21/12/2007 ed in particolare dall'Appendice 15 "Modello di dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi dello sperimentatore".</p> <p>Elementi di criticità: Il processo non mostra particolari elementi di criticità</p> <p>Conclusioni: sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo, ossia la verifica della presenza del modulo di dichiarazione appositamente completato e firmato dallo sperimentatore principale, è adeguato a minimizzare il rischio.</p>	<p><u>Misure di controllo:</u> Acquisizione della dichiarazione pubblica sul conflitto di interesse da parte dello sperimentatore.</p>	Nel corso dell'anno	Direzione Scientifica - U.O.S. Clinical Trials Center	fatto/non fatto	100%
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	Formazione sponsorizzata	<p><u>10.4 Sponsorizzazione di eventi formativi</u></p> <p>Rischio: uso di eventi formativi per pubblicizzare l'attività ed i prodotti degli sponsor</p>	Lieve	<p>Il processo è vincolato dal regolamento di Fondazione sulle sponsorizzazioni. Le criticità derivano dal rischio di parziali comunicazioni all'ufficio Formazione, La misura adottata riduce notevolmente questo rischio.</p>	<p><u>Misure di regolamentazione</u> Attuazione e monitoraggio regolamento sponsorizzazioni</p> <p><u>Misure di controllo</u> Verifiche a campione da parte della struttura responsabile della gestione, al fine di accertare la correttezza degli adempimenti convenuti sia quantitativi sia qualitativi.</p>	Nel corso dell'anno	Responsabile UOS Formazione e aggiornamento del personale	nr controlli effettuati sul totale eventi sponsorizzati	10%

MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

AFFARI GENERALI E LEGALI, CONVENZIONI	Gestione delle donazioni	<u>10.5 Monitoraggio donazioni</u> Rischio di un possibile conflitto di interessi tra il donante e il donatario	Lieve	Il Processo risulta strutturalmente inserito nell'ambito del Regolamento sulle donazioni attualmente in vigore. Per ciascuna proposta di donazione viene compilato un modulo nel quale è inserita, tra altre, la dichiarazione di assenza di conflitti di interesse. Sulla base dell'esperienza pregressa, l'efficacia della misura di controllo adottata per questo processo risulta adeguata a minimizzare il rischio e assicura trasparenza.	<u>Misure di controllo</u> Per i processi gestiti dalla UOC AA.GG., verifiche della presenza del modulo compilato con la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per tutte le donazioni ad eccezione di quello di importo inferiore a 1000 euro.	Nel corso dell'anno	Responsabile UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni	nr controlli effettuati sul totale donazioni accettare	100%
--	--------------------------	--	--------------	---	--	---------------------	--	--	------



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Direzione Amministrativa

SC Affari Generali e Convenzioni

Direttore f.f.: Avv. Stella Lione

mail: affarigenerali@policlinico.mi.it - pec: protocollo@pec.policlinico.mi.it

PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE

2025-2027

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico





PREMESSE E CORNICE NORMATIVA

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico riconosce che le pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, nel trattamento, nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro sono principi fondanti dell'attività di tutte le sue Strutture organizzative. Il criterio delle pari opportunità è il principio base fondamentale per mantenere un ambiente di lavoro in cui vi sia rispetto della libertà e della dignità personale, in cui si tuteli e monitori costantemente la qualità del lavoro.

La dignità sociale, la libertà e l'uguaglianza sono diritti fondamentali di tutti gli individui, sanciti dalla nostra Costituzione che, all'art. 3) recita: *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”*.

Il presente Piano Triennale di Azioni Positive è adottato in virtù di quanto previsto dall'art. 48 del d.lgs. 11/4/2006, n. 198: *“Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna”*, secondo cui: *“le Amministrazioni dello Stato ... predispongono piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”*.

Esso ha durata triennale e individua “azioni positive” definite ai sensi dell'art. 42 del citato Codice delle Pari Opportunità, come *“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”*.

Tali misure hanno l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità nonché di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta.

Come previsto dal D.L. 9/6/2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6/8/2021, n. 113, il Piano delle Azioni Positive è assorbito come allegato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – che sostituisce il Piano della Performance secondo le modalità indicate anche dal DPR 24/6/2022, n. 81 – e, pertanto, contribuisce a definire il risultato prodotto dall'amministrazione nell'ambito del c.d. ciclo di gestione della performance, di cui al d.lgs. 27/10/2009, n. 150.





Infatti, quest'ultima normativa, in particolare, prevede che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa tenga conto, tra l'altro, del raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, lett. h) stabilendo, così, il principio che un'Amministrazione è tanto più performante quanto riesce a realizzare il benessere dei propri dipendenti.

Il presente Piano ripropone alcune iniziative già previste per il triennio 2023/2025, confermandone la continuità programmatica, e fornisce riscontri relativamente alle iniziative già attuate e un monitoraggio per le iniziative in corso di attuazione.

E' finalizzato a promuovere all'interno della Fondazione IRCCS l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata e di sostegno al benessere lavorativo, anche al fine di prevenire e rimuovere qualsivoglia forma di discriminazione; e ciò nel rispetto della pertinente normativa, in coerenza con le *Linee-guida sulla "parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni"* adottate il 6/10/2022 dal Dipartimento per le Pari Opportunità del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ponendosi quale strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della Pubblica Amministrazione, diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

A tal fine la Fondazione s'impegna a:

- a) rimuovere ogni ostacolo che limiti o impedisca l'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui tutti si rispettino reciprocamente;
- b) prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione anche in coerenza con le Linee guida sopra richiamate.

INIZIATIVE PER IL TRIENNIO 2025-2027

Il Piano di Azioni Positive (P.A.P.), riferito al triennio 2025-2027 è stato redatto individuando 2 aree di intervento, come di seguito indicato:

- **AREA 1** – Formazione, divulgazione e implementazione delle attività del C.U.G.;
- **AREA 2** – Benessere lavorativo, organizzativo, stress da lavoro correlato, conciliazione tempi di vita / tempi di lavoro.





Per ogni ambito sono stati definiti gli obiettivi e le Singole Azioni Positive specificando per ciascuna la descrizione dell'intervento.

AREA 1 – FORMAZIONE, DIVULGAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G.

OBIETTIVO	Promozione della parità e delle pari opportunità, ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante <i>“Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”</i> , valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione
------------------	--

1.1 AZIONE N. 1 – AGGIORNAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è presente in Fondazione sin dal 2011.

Si propone l'aggiornamento dello stesso con la nomina del nuovo presidente e di eventuali nuovi componenti.

1.2 AZIONE N. 2 – PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G. E ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI/INFORMATIVI PER TUTTI I DIPENDENTI

Al fine di promuovere il ruolo e le attività del C.U.G. è prevista l'organizzazione di eventi formativi/informativi con l'obiettivo di:

- sensibilizzare tutti i dipendenti sulle tematiche di pertinenza del C.U.G.;
- favorire l'adozione di buone pratiche che possano contribuire al benessere lavorativo;
- informare sulle competenze del C.U.G. aziendale e sul ruolo del/della Consigliere/a di Fiducia e pubblicizzarne le modalità di contatto.

1.3 AZIONE N. 3 – ATTIVITA' DEL CONSIGLIERE DI FIDUCIA

Nel 2022 è stato nominato il Consigliere di Fiducia, in esecuzione a quanto previsto dal Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali e del mobbing, approvato con deliberazione consiliare n 103 del





25.10.2013 e successiva deliberazione consiliare n. 96 del 25.5.2017 e si è provveduto ad istituire lo Sportello di ascolto. Tale incarico è stato prorogato per il biennio 2024/2025.

Quanto alle attività svolte dallo Sportello, è stata acquisita relazione elaborata dal Consigliere di fiducia nel corso dello scorso biennio.

Al riguardo, le azioni previste sono:

- diffusione e informazione a tutti i dipendenti sulle competenze e sul ruolo del/della Consigliere/a di fiducia;
- implementazione dell'informativa rivolta ai dipendenti sulla possibilità di rivolgersi allo Sportello di ascolto, tenuto conto di quanto segnalato dal Consigliere di fiducia nella relazione predetta;
- Nomina del nuovo Consigliere di fiducia.

1.4 AZIONE N. 4 – SCAMBIO DI ESPERIENZE CON ALTRI C.U.G., ALTRE AZIENDE E ALTRI SOGGETTI PRESENTI SUL TERRITORIO

Al fine di favorire lo scambio di buone prassi tra C.U.G. del territorio provinciale e regionale, verrà promossa la partecipazione alle attività di coordinamento dei C.U.G. della Sanità della Regione Lombardia per contribuire attivamente allo sviluppo di un coerente sistema regionale per la promozione della cultura di genere e della medicina di genere, della valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni all'interno dei luoghi di lavoro e sul territorio.

1.5 AZIONE N. 5 – AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI CONDOTTA PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE E DEL MOBBING E DEL REGOLAMENTO DEL CUG

Al fine di promuovere una maggiore consapevolezza della diffusione e della gravità del fenomeno delle discriminazioni e delle misure di prevenzione e contrasto, la Fondazione, su proposta del C.U.G., ha già adottato, con deliberazione consiliare n. 103 del 25/10/2013, così come modificata con deliberazione consiliare n. 96 del 25/5/2017 un proprio codice di condotta per la prevenzione della violenza sessuale e del mobbing.

Tale Codice verrà aggiornato alla luce delle novità normative nel frattempo intervenute.

E' previsto anche l'aggiornamento del Regolamento del C.U.G., da ultimo approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 437 del 21.2.2012.





AREA 2 – BENESSERE LAVORATIVO, ORGANIZZATIVO, STRESS LAVORO CORRELATO, CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA – TEMPI DI LAVORO

OBIETTIVO	Favorire politiche di conciliazione tra tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare.
------------------	--

2.1 AZIONE N. 6 – MOBILITÀ

La Fondazione IRCCS, come previsto dall'articolo 229, comma 4, del Decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha adottato il Piano Spostamenti Casa Lavoro del proprio personale dipendente (decreto del DG n. 81 del 15/1/2025) finalizzato alla riduzione dell'uso del mezzo di trasporto privato individuale, ed ha nominato un Mobility manager con funzioni di supporto professionale continuativo alle attività di decisione, pianificazione, programmazione, gestione e promozione di soluzioni ottimali di mobilità sostenibile (decreto del DG n. 3 del 3/1/2025).

Convenzione con ATM SpA

In considerazione di quanto previsto dall'art. 21 del d.lgs. 13/8/2010. N. 155 *“Attuazione della Direttiva 2008/50/CE relativa alla qualità dell'aria ambiente e per un'aria più pulita in Europa”*, che istituisce un quadro normativo unitario in materia di valutazione e di gestione della qualità dell'aria ambiente, abrogando il corpus normativo previgente in materia, la Fondazione ha da tempo avviato un programma di collaborazione con l'Azienda Trasporti Milanesi S.p.A., in quanto le politiche di mobilità modulare assumono sempre maggiore rilievo all'interno delle aree metropolitane anche relativamente agli spostamenti casa/lavoro, al fine di incentivare tra i propri dipendenti l'uso del trasporto collettivo pubblico rispetto a quello automobilistico privato, contribuendo in tal senso a ridurre, tra l'altro, anche il tasso di inquinamento ambientale.

Ciò anche tenuto conto della marcata riduzione di spazi aziendali adibiti a posteggio nelle more della realizzazione del nuovo Building ospedaliero.

Tale collaborazione con ATM consente ai dipendenti di usufruire di tariffe agevolate previste per gli abbonamenti annui, a fronte di un addebito mensile in busta paga.

Considerato l'alto tasso di adesione ad oggi riscontrato da parte dei dipendenti, tale collaborazione verrà riproposta anche nel triennio 2025-2027.





Convenzione con Trenitalia SpA

Con Decreto del Direttore Generale n. 2712 del 30/10/2023 la Fondazione ha aderito al “*Programma Trenitalia for business*”, promosso da Trenitalia S.p.A., consistente nell’offerta di servizi riservata alle persone fisiche titolari di partita IVA, nonché alle persone giuridiche e alle Pubbliche Amministrazioni, che acquistano biglietti delle “frecce” per i viaggi di lavoro dei propri dipendenti, collaboratori e consulenti facendosi carico delle spese di viaggio.

Tale programma prevede, altresì, condizioni agevolate per i dipendenti che acquistano biglietti per finalità personali.

Ad oggi è stata effettuata una fase formativa relativa alla prima tipologia, dandone informativa sull’intranet aziendale.

Nel corso del triennio è previsto il completamento della fase formativa per estendere la possibilità di fruire di condizioni agevolate anche ai dipendenti che acquistano biglietti per finalità personali.

Convenzione con Trenord SpA

Con Decreto del Direttore Generale n. 2154 del 24/6/2024 la Fondazione ha approvato la stipula di una convenzione con TRENORD S.R.L. per la sottoscrizione di abbonamenti da parte dei propri dipendenti a tariffe agevolate.

Si provvederà, al riguardo, ad effettuare monitoraggio per verificare il numero degli aderenti, cui seguirà il perfezionamento dell’Accordo contrattuale.

2.2 AZIONE N. 7 – CONVENZIONE CON ALER MILANO PER LA LOCAZIONE TEMPORANEA DI ALLOGGI IN FAVORE DEI DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE IRCCS.

La Fondazione, al fine di fronteggiare la carenza di alcune tipologie di figure professionali, prioritariamente sanitarie e sociosanitarie, a seguito di un avviso esplorativo volto a mappare il fabbisogno abitativo dei propri dipendenti, ha stipulato apposita convenzione con ALER Milano per la messa a disposizione di alloggi di proprietà ALER, rientranti nel patrimonio in valorizzazione ex art. 31 L.R. 16/2016 da assegnare in locazione ad un “*canone concordato*”, determinato ai sensi della legge n. 431/1998;

Tale collaborazione offre soluzioni abitative a canone calmierato ai dipendenti in servizio che versano in situazione di disagio abitativo, in quanto residenti in località distanti dal posto di lavoro, consentendo loro ed alle rispettive famiglie di disporre di un alloggio più vicino a costi di minore impatto sul bilancio personale e familiare.





Nella prima fase ALER ha messo a disposizione n. 20 alloggi con possibilità di implementarne l'offerta.

2.3 AZIONE N. 8 – CAMPUS PER I FIGLI DEI DIPENDENTI E TARIFFE AGEVOLATE PER L'ISCRIZIONE AD ASILI NIDO, SCUOLE DELL'INFANZIA E PRIMARIE

La Fondazione, in linea con quanto fatto negli ultimi anni, promuoverà anche per il triennio 2025-2027 la stipula di apposite convenzioni con soggetti promotori / organizzatori di campus riservati ai figli dei dipendenti, per beneficiare della riserva di posti e di tariffe agevolate, anche per l'iscrizione dei figli ad Asili Nido, Scuole dell'Infanzia e Primarie.

2.4 AZIONE N. 9 – INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE A TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI

"Ospedale InForma" è il progetto avviato dalla Fondazione per promuovere uno stile di vita salutare per tutti i suoi dipendenti.

Un team di specialisti, attraverso la valutazione delle abitudini personali, propone diverse tipologie di intervento che riguardano:

- l'alimentazione, per promuovere scelte alimentari sane, varie e bilanciate; l'attività fisica, per incentivare e migliorare il movimento attraverso semplici esercizi e camminate di gruppo;
- la modificazione degli stili di vita, per mantenersi in salute.

Rientra nel progetto predetto anche il "**Counseling Nutrizionale**".

Sul sito web dell'Ente sono pubblicate le modalità per contattare i nutrizionisti attraverso la casella di posta dedicata.

2.5 AZIONE N. 10 – CENTRO ANTI FUMO

Presso la SC Medicina del Lavoro della Fondazione opera il Centro Antifumo – Centro di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo. Il Centro fa parte dei "Centri Antifumo" accreditati dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione ed è riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura del tabagismo. L'équipe altamente specializzata offre programmi personalizzati per smettere di fumare, avvalendosi di un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse competenze del Policlinico come psicologi, pneumologi e medici del lavoro. Al Centro si possono rivolgere sia i singoli cittadini che i dipendenti.





Il programma personalizzato, che prevede accertamenti in favore dei dipendenti, viene svolto in orario di lavoro e consiste in:

- 1) valutazione e counseling psicologico ambulatoriale;
- 2) visita medica con misurazione del monossido di carbonio espirato;
- 3) definizione di un piano terapeutico personalizzato che può prevedere supporto psicologico-motivazionale (ciclo di 8 colloqui prescritto dai Medici del Centro Antifumo con ticket ambulatoriale) e terapie farmacologiche;
- 4) elaborazione del piano fumo;

Nel 2013 è stato attivato il Progetto *“Ospedale Senza Fumo”* la cui finalità principale è quella di promuovere comportamenti salutari e incentivare e sostenere la disassuefazione dal fumo, applicando la normativa sul divieto di fumo, con lo scopo di trasformare la Fondazione in un *“Ospedale senza fumo”*.

2.6 AZIONE N. 11 – SERVIZIO DI ASCOLTO PER I DIPENDENTI VITTIME DI AGGRESSIONE VERBALE E/O FISICA

La Fondazione, nell'ambito dei progetti dedicati *“all'Ospedale Gentile”*, che hanno portato alla definizione di una **Politica Aziendale**, allo sviluppo e promozione di **percorsi formativi** e **campagne di sensibilizzazione**, mette a disposizione dei propri dipendenti uno sportello di ascolto, che ha come obiettivo garantire il benessere di chi lavora ed è a disposizione dei dipendenti vittime di aggressioni, sia verbali che fisiche, attraverso un team di psicologhe che offre un adeguato supporto psicologico.

Sul sito web dell'Ente sono pubblicati gli orari di funzionamento dello sportello e la casella di posta dedicata per le segnalazioni e la richiesta di appuntamento.

Presso la Fondazione opera, altresì, il Centro di riferimento di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori (Soccorso Violenza Sessuale e Domestica – SVSeD: è un centro antiviolenza pubblico, che si rivolge a tutte le vittime di violenza, di qualunque sesso ed età.

Attivo dal 1996 è stato riconosciuto dalla regione Lombardia, come centro di Assistenza regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori.

Il Centro offre un sostegno psicologico e sociale e assicura informazioni, accoglienza e assistenza sanitaria e medico-legale.





2.7 AZIONE N. 12 – AGGIORNAMENTO DEL GENDER EQUALITY PLAN (GEP)

La parità di genere deve essere assicurata sul luogo di lavoro e le differenze di genere devono essere considerate a vari livelli della stesura di un progetto di ricerca. Sempre più istituti di ricerca e cura, organizzazioni e istituzioni private e pubbliche si sono dotate di un programma di tutela della parità di genere, sia per promuovere efficacemente una politica di pari opportunità, sia come requisito per l'accesso a finanziamenti pubblici e privati.

Il GEP è un documento che descrive impegni e azioni che mirano a promuovere l'uguaglianza di genere in un'organizzazione attraverso il cambiamento istituzionale e culturale.

Anche il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 con iniziative per la pari opportunità di genere e generazionale, l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati dal PNRR (art 47, d.l. n. 77/2021).

Con Decreto del Direttore Generale n. 2934 dell'11/11/2022 è stato approvato il Gender Equality Plan – Piano per l'Eguaglianza di Genere.

Al fine di rendere il GEP maggiormente aderente alle indicazioni comunitarie, è necessario procedere all'aggiornamento dello stesso, in conformità a quanto previsto dalle Linee guida “*Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans (GEPs)*” della Commissione Europea, che indicano i requisiti da rispettare nella stesura del GEP, distinguendo tra requisiti di “processo” obbligatori e requisiti di “contenuto” facoltativi.

2.8 AZIONE 13 – REALIZZAZIONE DI CORSI DI MINDFULNESS PER I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE

La complessità del sistema lavorativo, sempre più articolato, ha un notevole impatto sul benessere e gli stili di vita, e genera spesso reazioni di stress, che portano a uno stato di malessere diffuso e deleterio. Coltivare la consapevolezza attraverso la Mindfulness e le sue pratiche sembra poter offrire una possibilità di fronteggiare le criticità legate alla vita dei lavoratori in generale, ed in particolare degli operatori sanitari, professionali, tecnici e amministrativi della Fondazione che, soprattutto negli ultimi due anni sono stati sottoposti a difficili prove di resistenza.

Si propone pertanto un corso, secondo un protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), destinato a tutte le professionalità della Fondazione, articolato nell'arco temporale del triennio 2025-2027, con la convinzione che lo stato di consapevolezza e di presenza mentale che potrà essere acquisito dai





dipendenti che vi partecipano avrà in sé un potere trasformativo e liberatorio, che favorirà apertura, lucidità ed equilibrio, con un notevole miglioramento delle relazioni nel contesto lavorativo, del clima aziendale e dei rapporti con l'utenza.

Nel corso del secondo semestre 2023 è stata realizzata una prima edizione del corso predetto al quale hanno partecipato n. 33 dipendenti di diverse professionalità.

Ai partecipanti è stato inviato un questionario per valutare il livello di gradimento, il cui esito ha evidenziato un riscontro positivo da parte dei partecipanti che hanno, però, segnalato l'insufficiente durata del corso.

Si propone, pertanto, di realizzare tale iniziativa anche per il prossimo triennio, prevedendo un maggiore numero di ore di durata del corso per ciascuna edizione.

