

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

**PIANO INTEGRATO DI  
ATTIVITÀ E  
ORGANIZZAZIONE**

**2026 - 2028**



## Sommario

PREMESSA .....	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	6
1.1 L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco .....	6
1.2 Indici dimensionali .....	8
1.3 Analisi dell’ambiente esterno .....	9
1.4 Analisi dell’ambiente interno.....	12
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	14
2.1 VALORE PUBBLICO .....	14
2.2 PERFORMANCE.....	18
2.2.1 Programmazione Strategica .....	24
2.2.2 Piano delle Azioni Positive .....	27
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	29
2.3.1 Parte generale .....	29
2.3.1.1 Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e nella gestione del rischio .....	29
2.3.1.2 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza .....	36
2.3.2 ANALISI CONTESTO ESTERNO.....	37
2.3.4 ANALISI CONTESTO INTERNO .....	39
2.3.4.2 MAPPATURE PROCESSI AZIENDALI .....	42
2.3.4.3 GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO .....	43
2.3.4 PROGRAMMAZIONE MISURE GENERALI E MONITORAGGIO .....	48
2.3.5 PROGRAMMAZIONE DELL’ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	89
2.3.5.1 SOGGETTI COINVOLTI NELL’ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....	92
2.3.5.2 ACCESSO CIVICO .....	98
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	98
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	98
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	100
3.3 PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DEL PERSONALE .....	108
3.3.1 Lo scenario della situazione al 31/12/2025 .....	109
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane .....	109
3.3.3 Strategie di copertura del Fabbisogno.....	113
3.4 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	114
4. MONITORAGGIO .....	117
4.1 Monitoraggio delle sezioni “Valore Pubblico” e “Performance” .....	117
4.1.1 Monitoraggio Performance 2025 .....	120



4.2	Monitoraggio attività corruttiva e trasparenza .....	123
4.2.1	Monitoraggio e riesame dei rischi corruttivi.....	124
4.2.2	Monitoraggio sull'attuazione del programma per la trasparenza.....	127



## PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "[Decreto Reclutamento](#)" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) dovranno riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" ha definito i documenti di pianificazione e programmazione assorbiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO):

- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60 -bis (Piano delle azioni concrete) e 60 - ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive).

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

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale
  - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali



- all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

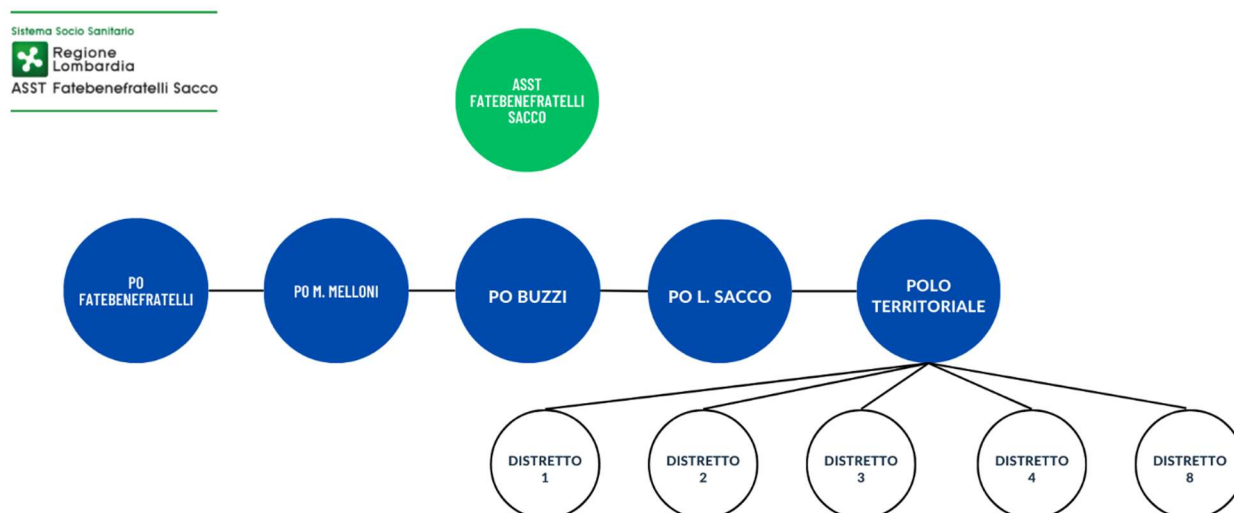
Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti.

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA

### 1.1 L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Fatebenefratelli Sacco è un'azienda pubblica senza scopo di lucro avente autonoma personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, costituita dal 1° gennaio 2016 quale "fusione per incorporazione con contestuale ricevimento fra terzi a seguito di scissione", nel quadro della riforma del Welfare (L.R. n. 33/2009 così come modificata e integrata dalle LL.RR. n. 23 /2015, n. 41/2015 e successive).

L'Azienda, con sede legale in Milano, via Giovanni Battista Grassi 74, comprende quattro presidi ospedalieri e cinque distretti territoriali:



L'ASST succede a titolo universale in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alle ex Aziende ospedaliere "Fatebenefratelli e Oftalmico" (già comprendente l'Ospedale **Macedonio Melloni**) e "Luigi Sacco", con le relative strutture sanitarie e sociosanitarie così come individuate nell'assetto accreditato, e succede a titolo particolare nei rapporti attivi e passivi rientranti nel perimetro dei rami d'azienda oggetto di scissione, ovvero l'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi", scorporato dalla ex A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento e le strutture distrettuali del territorio di competenza della ex ASL Città di Milano elencate nell'allegato 1 alla D.G.R. n. X/4474 del 10.12.2015.

In ambito territoriale, i Distretti Socio Sanitari, in carico all'ASST Fatebenefratelli Sacco, costituiscono il presidio di prossimità in cui far emergere la centralità del cittadino/paziente, in tali sedi avviene la valutazione



del bisogno locale, la programmazione territoriale e l'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali ecc...). All'interno dei Distretti vengono erogati vari servizi, quali:

- Assistenza Protesica e Integrativa.
- Assistenza Farmaceutica Territoriale.
- Fragilità e Cure Domiciliari.
- Continuità Assistenziale.
- Area Consultoriale.
- Area Vaccinale.
- Area Cronicità.
- Area della Medicina Legale Territoriale.

Inoltre, sempre in ambito territoriale, sono presenti o in fase di progettazione/realizzazione (in linea con gli interventi previsti dal PNRR), le Case di Comunità al cui interno si articolano, tra l'altro, i poliambulatori territoriali. Ad oggi, sono attivi ed operativi i seguenti poliambulatori sul territorio gestito dall'ASST Fatebenefratelli Sacco:

- Poliambulatorio di P.le Accursio;
- Poliambulatorio di Via Don Orione;
- Poliambulatorio di Via Sassi;
- Poliambulatorio di Via Rugabella;
- Poliambulatorio di Via Doria;
- Poliambulatorio di Via Farini;
- Poliambulatorio di Via Quarenghi;
- Poliambulatorio di Via Fantoli;
- Poliambulatorio di Via Clericati;
- Poliambulatorio di Via Monte Palombino;
- Poliambulatorio di Via Don Bosco.



## 1.2 Indici dimensionali

Si presentano, di seguito, alcuni indici di riferimento che possono aiutare a comprendere la dimensione dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

I dati esposti sono provvisori, in quanto riferiti all'esercizio 2025 non ancora consolidato, tuttavia sono indicativi dei volumi di produzione conseguibili dall'ASST e del ruolo centrale assunto da quest'ultima nel panorama socio-sanitario lombardo.

### AREA OSPEDALIERA



### AREA TERRITORIALE



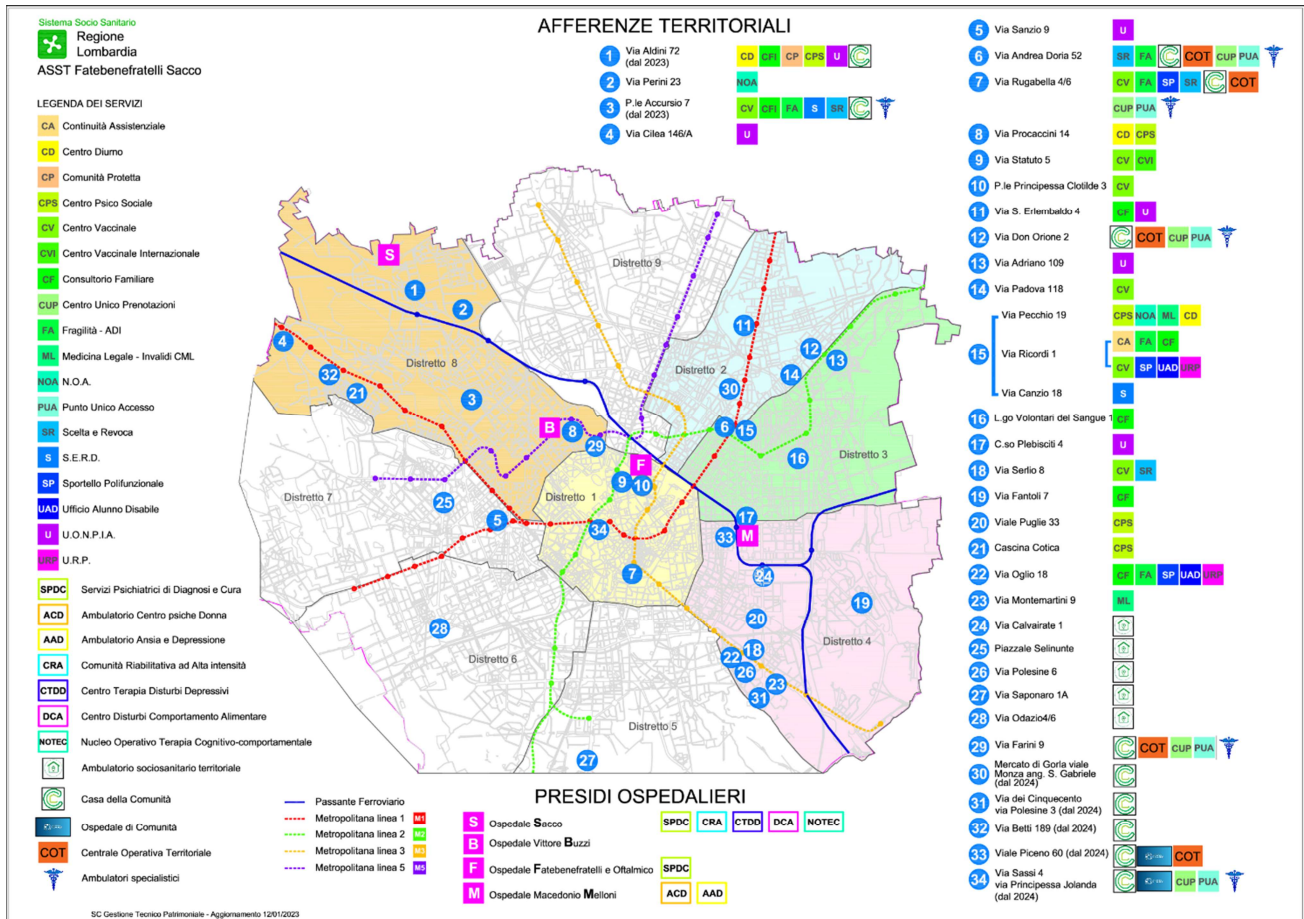
### INDICI DIMENSIONALI



\*Il valore della produzione è stato desunto dal CET IV Trimestre (macro-classe A del conto economico).

## 1.3 Analisi dell'ambiente esterno

L'ASST Fatebenefratelli Sacco si colloca all'interno della Città Metropolitana di Milano, articolandosi in 4 Presidi ospedalieri ed in un Polo Territoriale che comprende 5 distretti (su 9 totali presenti nella Città):



Le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASST sono poste lungo un ampio asse geografico del capoluogo Lombardo, permettendo il loro raggiungimento sia da parte della popolazione residente sia di coloro che transitano nella città.

La ASST presenta al suo interno una vasta offerta di discipline, sia in ambito internistico che chirurgico, dispone di tutti i principali servizi diagnostici e presenta una peculiare vocazione nell'ambito della cura della mamma e del bambino, coi due presidi a vocazione materno-infantile.

La popolazione residente all'interno delle cinque zone sopra esposte, secondo i dati esposti dal Comune di Milano è molto eterogenea sia per quanto riguarda l'età che per il paziente tipo che si reca presso le strutture sanitarie e socio sanitarie.

Dai dati rilevati al 31.12.2025, la popolazione residente all'interno delle zone di competenza dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, risulta essere pari a 765.360, di cui 392.680 femmine e 372.680 maschi, così suddivise fra le diverse aree:



	Maschi	Femmine
<b>Distretto 1</b>	45.686	52.244
<b>Distretto 2</b>	82.793	79.435
<b>Distretto 3</b>	68.899	75.311
<b>Distretto 4</b>	79.863	84.348
<b>Distretto 8</b>	95.439	101.342
<b>Totale</b>	<b>372.680</b>	<b>392.680</b>

Una prima evidenza è costituita dal fatto che la popolazione residente è in aumento, difatti al 31.12.2021 la popolazione residente, sempre per le aree di competenza, risultava essere pari a 751.845, e al 31.12.2016 (primo anno dell'ASST) pari a 736.179.

L'analisi del contesto demografico di competenza dell'ASST Fatebenefratelli Sacco è molto importante anche dal punto di vista dell'età.

Difatti, la conoscenza della suddivisione per età della popolazione rappresenta, assieme alla suddivisione per genere, il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute, che si differenziano a seconda delle fasi di vita delle persone.

	Fasce d'età																	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>Distretto 1</b>	3.126	3.784	4.522	4.986	5.220	5.508	5.895	5.606	5.968	6.742	8.292	8.515	7.151	5.408	4.384	4.600	3.890	4.333
<b>Distretto 2</b>	5.227	5.872	6.281	6.613	7.812	10.918	13.050	13.409	12.852	12.422	13.133	12.328	10.437	7.798	6.253	6.361	5.213	6.249
<b>Distretto 3</b>	4.568	4.940	5.466	5.864	7.067	9.445	10.954	10.651	10.179	10.007	11.322	11.000	9.626	7.522	6.501	6.665	5.411	7.022
<b>Distretto 4</b>	5.726	6.451	6.970	7.311	8.164	9.852	11.638	11.915	11.823	11.861	13.100	12.652	11.038	8.534	6.882	6.897	5.786	7.611
<b>Distretto 8</b>	7.221	7.719	8.531	9.048	9.663	11.026	13.135	14.037	13.338	14.049	15.825	15.705	13.491	10.378	8.410	8.456	7.382	9.367
<b>Totale</b>	<b>25.868</b>	<b>28.766</b>	<b>31.770</b>	<b>33.822</b>	<b>37.926</b>	<b>46.749</b>	<b>54.672</b>	<b>55.618</b>	<b>54.160</b>	<b>55.081</b>	<b>61.672</b>	<b>60.200</b>	<b>51.743</b>	<b>39.640</b>	<b>32.430</b>	<b>32.979</b>	<b>27.682</b>	<b>34.582</b>

L'indice di "vecchiaia", espresso dal rapporto tra soggetti over 65 e soggetti under 15 è pari a 193%.

Questo sta a significare che il numero di persone anziane è nettamente superiore rispetto a quelle giovani, in media ogni 100 giovani (0-14) ci sono 193 anziani (over 65).

Ovviamente i dati demografici appena esposti devono trovare poi un'ulteriore e necessaria contestualizzazione, incrociandosi con le informazioni relative allo stato di salute di tali cittadini, all'interno di un dialogo continuo con la ATS Milano, per consentire un'attenta, ed in continua evoluzione, analisi dei bisogni

In un siffatto contesto demografico, la prevenzione e la presa in carico complessiva, anche del paziente cronico, attraverso l'integrazione dei servizi della rete ospedaliera e territoriale dell'ASST Fatebenefratelli



Sacco, acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle patologie croniche già esistenti.

Si può comprendere, quindi, come l'Azienda, tramite l'articolazione delle proprie strutture che coprono un'ampia area geografica e tramite l'espletamento delle proprie molteplici funzioni, abbia un impatto rilevante all'interno del capoluogo lombardo in termini di attività e volumi prodotti. L'Azienda è, quindi, sottoposta ad una molteplicità di richieste provenienti da numerosi ed eterogenei portatori di interessi (*stakeholders*) coinvolti nel sistema, e persegue l'obiettivo di soddisfare le priorità identificate dal proprio mandato istituzionale, cercando contestualmente di assicurare una continuità erogativa in linea con i più elevati standard di qualità e sicurezza, compatibile con la sostenibilità economica ed il benessere dei propri lavoratori e della cittadinanza che si rivolge o viene indirizzata nei vari punti di accesso della ASST.

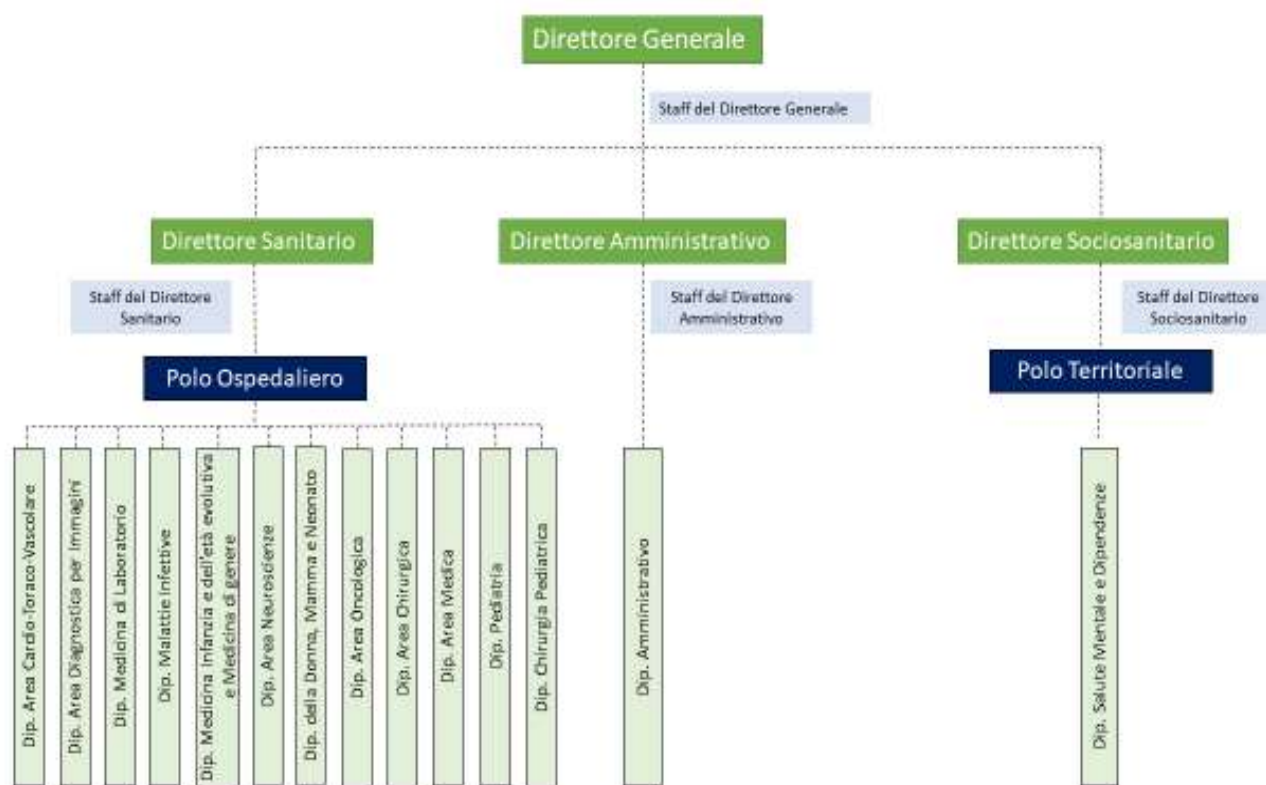




## 1.4 Analisi dell'ambiente interno

La necessità di promuovere maggiore appropriatezza clinica, di garantire la trasparenza amministrativa, economica ed organizzativa e di promuovere la qualità delle prestazioni si traduce in una sfida continua che richiede una frequente revisione del modello organizzativo.

Nella sua riorganizzazione (POAS 2022-2024) l'Azienda ha quindi puntato su un modello dipartimentale che fosse in grado di esaltare le eccellenze già presenti in Azienda sia in relazione alle caratteristiche della domanda territoriale che agli obiettivi posti dalla riforma del Welfare lombardo.



Oltre ai Dipartimenti Gestionali sopra evidenziati, sono presenti ulteriori Dipartimenti Funzionali, così articolati:

- Dipartimento Funzionale di Emergenza e urgenza (Polo Osp.);
- Dipartimento Funzionale di Anestesia e Rinamazione e Terapia del Dolore (Polo Osp.);
- Dipartimento Funzionale di Cure Sub-Intensive in Area internistica (Polo Osp.);
- Dipartimento Funzionale di Prevenzione (Polo Terr.);
- Dipartimento Funzionale di Cure Primarie (Polo Terr.);
- Dipartimento Funzionale Ospedale-Territorio Area Materno Infantile (Polo Terr.).



Inoltre, sempre all'interno del quadro riformatorio del sistema socio-sanitario lombardo (di cui alla L.R. 22/2021), è stato completato il trasferimento, anche operativo, delle competenze e delle risorse in materia di cure primarie dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) alle ASST, andando così ad individuare un'ulteriore area di intervento e di progettualità dell'ASST Fatebenefratelli Sacco. Il Dipartimento di Cure Primarie ha sostanzialmente la funzione di governare il settore delle cure primarie e nello specifico dell'assistenza primaria svolta dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. L'ASST Fatebenefratelli Sacco, in tale ambito, assume un ruolo centrale, in quanto capofila del nuovo Dipartimento Interaziendale di Cure Primarie (che include oltre all'ASST Fatebenefratelli Sacco anche l'ASST GOM Niguarda e l'ASST Santi Paolo e Carlo).

La soluzione dipartimentale rappresenta il modello attraverso il quale specializzazioni inevitabilmente autonome possono comunque condividere risorse e modalità per assicurare una gamma di servizi completa e continua.

Nel progettare questa organizzazione il Dipartimento è anche un luogo di scambio reciproco di conoscenze tra professionalità e questo scambio va a vantaggio dagli assistiti ma anche dei professionisti. Il Dipartimento rappresenta quindi il luogo dove ottenere una costante evoluzione delle professionalità attraverso processi di valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane selezionate per assicurare lo svolgimento di una funzione organizzativa.

In ambito ospedaliero, considerate le dimensioni dell'azienda, i Dipartimenti sono stati costruiti con dimensioni e caratteristiche tali da poter gestire in autonomia le principali criticità sanitarie dell'area milanese (emergenza urgenza, oncologia, area materno-infantile, area chirurgica e della riabilitazione prevenzione e gestione delle patologie croniche).

Nell'organizzazione del Polo Territoriale, l'Azienda si è doverosamente ispirata ai criteri di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori di servizi sanitari, sociosanitari e sociali nel concreto tentativo di creare un ponte tra ospedale e territorio. Nel farlo, si è preoccupata di definire criteri che attuino i principi di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle migliori soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale anche coinvolgendo soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio, nel rispetto delle relative competenze e funzioni.

In questo senso la partecipazione alle reti sanitarie e sociosanitarie è stata sistematizzata individuando gli snodi organizzativi, le responsabilità e gli obiettivi della partecipazione.



## 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

La creazione di Valore Pubblico rappresenta una declinazione del principio costituzionale di “buon andamento”, inteso come rispetto dei canoni di efficacia, efficienza ed economicità. La creazione di valore pubblico in sanità si basa quindi sulla capacità di generare impatti positivi e misurabili sullo stato di salute della popolazione, non solo attraverso la cura degli eventi morbosi, ma anche tramite la prevenzione, l'educazione sanitaria nonché la ricerca scientifica.

Quando si parla di valore pubblico, ci si riferisce alla capacità delle istituzioni, delle amministrazioni e dei servizi pubblici di generare benefici tangibili e intangibili per la collettività. Non è solo un concetto astratto: il valore pubblico è al centro delle politiche moderne, della pianificazione urbana, della sanità, dell'istruzione e di ogni servizio che mira a migliorare la vita delle persone.

I pilastri fondamentali del valore pubblico nella sanità pubblica, in linea con i principi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano e i moderni modelli di governance, sono l'**universalità**, l'**uguaglianza** e l'**equità**. A questi si affiancano i concetti di **sostenibilità** ed **evoluzione** per garantire la continuità e la qualità delle cure, e adattandosi ai cambiamenti per rispondere alle nuove esigenze dei cittadini.

- **Universalità: Il sistema sanitario garantisce l'accesso alle cure a tutti i cittadini, senza distinzione di condizioni individuali, sociali o economiche.**

Riduzione delle liste d'attesa, servizi più semplici e trasparenti per i cittadini, maggiore rispondenza dei servizi offerti alla domanda, capacità di essere reattivi al bisogno. In tale ambito la ASST si impegna a migliorare la propria performance tramite il raggiungimento dei target o il miglioramento rispetto al precedente esercizio dei valori associati agli **indicatori LEA NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), introdotti dal DM 12 marzo 2019, in ambito ospedaliero, territoriale e della prevenzione.**

Prosegue l'attività di monitoraggio e pianificazione delle agende ambulatoriali e delle sedute di ricovero per garantire il rispetto dei tempi previsti nell'ambito del **Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)** e nello specifico nella contrattazione annuale definita con ATS e Regione.

La ASST rende disponibili le informazioni propedeutiche ad un corretto e quanto più facilitato possibile accesso alla struttura, esponendo tutti i canali prenotazione, nonché pubblica periodicamente le informazioni relative ai propri tempi d'attesa nella pagina: <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa-52>

- **Uguaglianza ed Equità: Tutti i cittadini hanno pari diritto all'accesso ai servizi, e le prestazioni sanitarie devono essere eque, ovvero distribuite in base al bisogno di salute.**



Nell'erogazione dei servizi la ASST assicura il trattamento clinico-assistenziale ritenuto più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono, in quanto portatrici di bisogni di salute. Adotta quindi criteri uniformi di accesso in cui sono compresi l'equità nell'accoglienza ed il rispetto della dignità della persona. Persegue quindi nella cura e nell'assistenza la centralità del Paziente così come ribadita nella legge di riforma del Welfare Lombardo. Applica protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi tra i presidi Ospedalieri e volti all'integrazione con l'Area Territoriale.

In tale ambito l'evoluzione del Polo territoriale vede la ASST coinvolta nel consolidamento dell'attività svolta dalle Case di Comunità (CDC) di cui **5 attivate nel 2025 e 3** di prossima attivazione **nel 2026**, è inoltre prevista l'attivazione di **2 Ospedali di Comunità (ODC)** entro giugno 2026.

Tutte le progettualità che descrivono l'evoluzione di tale ambito sono riportate all'interno dello specifico documento Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027, consultabile al link: <file:///C:/Users/dezi.tatiana/Downloads/PPT%20Piano%20sviluppo%20del%20Polo%20Territoriale%20ASST%20FBF%20SACCO.pdf>.

- **Sostenibilità: Assicurare che il sistema sanitario sia in grado di operare nel lungo periodo, bilanciando le risorse economiche con l'efficienza e l'efficacia dei servizi.**

In questa prospettiva l'ASST Fatebenefratelli-Sacco svolge le proprie attività quale ente del Sistema regionale, all'interno del quale contribuisce alla realizzazione degli obiettivi dei servizi volti a garantire il benessere, la cura e la tutela della salute della persona. L'Azienda è in grado di offrire un'ampia gamma di prestazioni che vanno dall'alta specializzazione alle attività di prevenzione territoriale.

Nell'organizzazione e nella gestione dei Servizi l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale risulta vincolata al rispetto di criteri di gradualità e contenuta entro i limiti delle risorse economiche disponibili, i cui indicatori sono pubblicati nell'apposita pagina: <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/bilanci-42/piano-degli-indicatori-e-risultati-attesi-di-bilancio-44>.

L'Azienda definisce azioni di intervento orientate al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario da un lato con interventi orientati ad un'ottimizzazione funzionale dei servizi dal punto di vista strutturale ed organizzativo e, dall'altro, nella direzione di una maggiore responsabilizzazione nell'uso e nel consumo delle risorse anche in un'ottica di una maggiore sostenibilità ambientale.

Sotto il profilo degli investimenti che tragheranno l'infrastruttura ospedaliera e territoriale nel prossimo futuro assume particolare rilievo il l'utilizzo dei finanziamenti relativi ai fondi PNRR e DL dl34, a tale riguardo si faccia riferimento all'apposita pagina che riporta il dettaglio delle informazioni relative alla **programmazione triennale di lavori, opere servizi e forniture**: <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/programmazione-triennale-di-lavori-opere-servizi-e-forniture-254>,



nonché all'apposita sezione dedicata al PNRR/PNC : <https://www.asst-fbf-sacco.it/fondi-e-opere/96/pnrr-pnc>.

- ***Evoluzione/Innovazione: Adattare costantemente il sistema sanitario ai nuovi bisogni e alle innovazioni tecnologiche e organizzative. Questo include il miglioramento delle performance, l'integrazione tra ospedale e territorio, la telemedicina e una gestione orientata al miglioramento continuo.***

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

L'Azienda individua quindi le priorità di sviluppo nella dotazione di tecnologie tenendo conto delle necessità di aggiornamento e di integrazione delle attrezzature nel sistema informativo ospedaliero e grazie ad una applicazione sistematica delle procedure di valutazione delle tecnologie e delle ricadute organizzativo-gestionali correlate al loro utilizzo intende garantire un pieno utilizzo del parco tecnologico esistente, attraverso l'utilizzo integrato interdisciplinare e intensivo delle stesse.

La Direzione strategica si impegna a realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nelle persone che operano in Azienda e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa.

L'ASST Fatebenefratelli Sacco è luogo di integrazione tra le tradizionali funzioni di assistenza e le funzioni di formazione e di ricerca assicurate dalla presenza del Polo Didattico dell'Università degli Studi di Milano, a seguito della convenzione con l'Ospedale L. Sacco, approvata nel 1974, aggiornata con deliberazione n. 53 del 7 febbraio 1997 ed individuata da parte della Giunta Regionale con D.G.R. n. VI/46798 del 3 dicembre 1999 e seguenti.

In termini generali il percorso di trasformazione digitale avviato a livello regionale, anche tramite i finanziamenti del PNRR, si sta consolidando all'interno delle diverse articolazioni aziendali e nel corso del 2025 vedrà il suo consolidamento/avvio nei seguenti macro progetti:

- **CUP Unico regionale**, avviato presso tutte le sedi territoriali e nei PO Fatebenefratelli, Buzzi Melloni, in fase di avvio entro il primo semestre 2026 presso il PO Sacco);
- **Cartella Clinica Elettronica** regionale per la dematerializzazione della documentazione sanitaria riferita sia al setting di **ricovero** che **ambulatoriale**;
- Sistema regionale per la Gestione dei Servizi di **Anatomia Patologica** con introduzione di tecnologie di Digital Pathology per tutti gli Enti Sanitari pubblici (avvio nel secondo semestre 2026)
- Infrastruttura Regionale di **Telemedicina**, unica e centralizzata a livello regionale, per l'erogazione dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio di primo e secondo livello (avvio entro il primo semestre 2026)
- Evoluzione del **sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)** a supporto della gestione dei processi assistenziali territoriali e del funzionamento della rete delle Centrali Operative Territoriali



per tutti gli Enti Sanitari pubblici, nonché per la gestione della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare.

In conclusione, creare valore pubblico vuol dire realizzare progetti, politiche o servizi che rispondono in modo efficace ai bisogni della comunità. Non si tratta solo di efficienza economica o di risparmio sui costi: si parla di benessere collettivo, inclusione sociale, trasparenza e fiducia tra cittadini e istituzioni.



## 2.2 PERFORMANCE

In Italia, il processo normativo che ha introdotto il concetto di performance all'interno della Pubblica Amministrazione, è iniziato con la legge 15 del 4 marzo 2009. In attuazione di quest'ultima, è stato emanato il Decreto legislativo n. 150/2009, la cd "Riforma Brunetta". La spinta a tale riforma non è avvenuta solo per conformarsi agli altri Paesi (già indirizzati su un sistema gestionale basato sulla misurazione e valutazione della performance). La riforma Brunetta è stata formalizzata per indirizzare le Aziende Pubbliche ad un'organizzazione più efficiente: contenere i costi, aumentare la produttività, accrescere il controllo sociale per migliorare la soddisfazione dei bisogni dei destinatari dei servizi.

Viene introdotto, così, il ciclo della performance all'interno della Pubblica Amministrazione.

Di seguito, si riporta una sintesi degli step principali:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi, rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, su base triennale;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse (appropriatezza);
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; misurazione e valutazione della performance, sia individuale che organizzativa;
- Utilizzo dei sistemi premianti/incentivanti;

La riforma Brunetta è stata seguita, successivamente, dalla riforma "Madia", attraverso l'emanazione del Decreto Legge n. 90/2014 e 124/2015, puntualizzando una distinzione maggiore tra performance individuale e performance organizzativa.

Le riforme ruotano attorno al concetto di performance intesa come "il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata".

Sulla base di tale premessa, l'Azienda ha adottato un sistema premiante (per quanto concerne i contratti integrativi aziendali della dirigenza si faccia riferimento all'apposita pagina: <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/dirigenza-137> , mentre per il comparto si rimanda alla pagina: <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/comparto-138>) avente come perno centrale il budget, documento programmatico che ha il compito di definire gli obiettivi strategici, ed al tempo stesso le modalità di valutazione, di ciascuna unità organizzativa all'interno dell'Azienda.

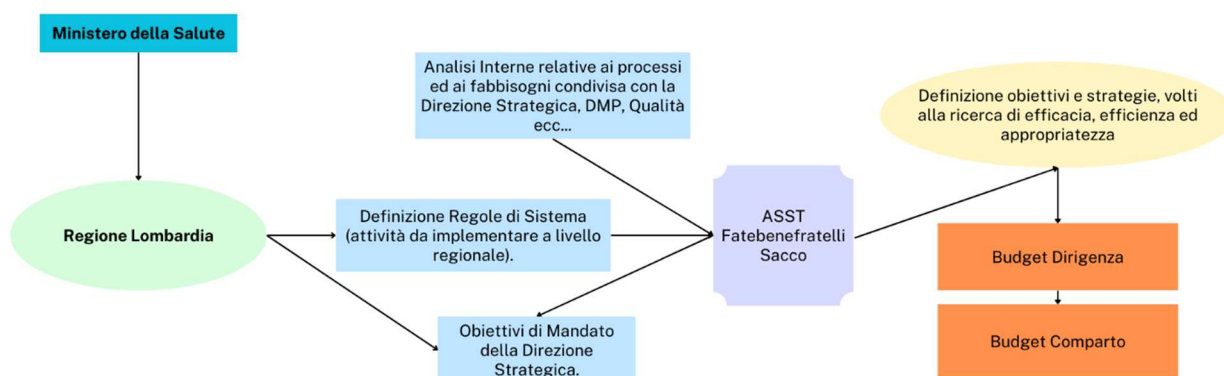
Fondamentale, in tutto il ciclo delle Performance, il ruolo rivestito dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che nell'ambito delle ASST assume la nomenclatura di Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), chiamato ad esprimersi in tutte le fasi del processo, a partire dall'impostazione degli



obiettivi individuali, proseguendo poi sul monitoraggio e, infine, in fase di rendicontazione degli obiettivi raggiunti.

Al fine di comprendere le progettualità in essere dell'ASST Fatebenefratelli Sacco e che sono iniziate nel corso dei precedenti esercizi, risulta utile comprendere il sistema gerarchico all'interno del quale si inserisce l'ASST Fatebenefratelli Sacco.

Le due istituzioni, il Ministero e la Regione, come evidenziato dalla figura sottostante, assumono un ruolo rilevante all'interno del Sistema Sanitario Nazionale in quanto, tramite l'adozione e l'emanazione di provvedimenti di indirizzo e normativi, influenzano le azioni e la programmazione strategica dell'ASST Fatebenefratelli Sacco e delle altre Aziende operanti nel settore.



Uno dei compiti prevalenti del Ministero della Salute è quello di redigere il Piano Sanitario Nazionale (PSN), al cui interno sono definiti i LEA (livelli essenziali di assistenza). Questi ultimi vengono definiti come quelle attività, servizi e prestazioni sanitarie che il Sistema Sanitario Nazionale assicura a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di partecipazione.

Con il DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, co. 7, D.Lgs. 502/1992", si è giunti ad una revisione dei LEA esistenti (di cui al DPCM 29.11.2001), individuando le attività, le prestazioni ed i servizi, garantite ai cittadini, ridefinendo ed aggiornando gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti, ed innovando i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica.



Con delibera regionale XII/3630 del 16/12/2024 è stato approvato il nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, le disposizioni entrate in vigore dal 30 dicembre 2024 hanno avuto parzialmente impatto nel corso del 2025, comportando una prima fase di revisione e modifica delle modalità di prescrizione e registrazione di tutte le prestazioni, con un sostanziale periodo di convivenza tra “vecchie” e “nuove” prestazioni, all’interno di tutti gli applicativi aziendali.

Con deliberazione n. XII/5607 del 30/12/25 vengono introdotte ulteriori modifiche rispetto a sistema tariffario ambulatoriale e di ricovero, che entro l’esercizio 2026 dovrà convertire il proprio sistema di codifica per approdare alla versione ICD-10

Inoltre, nell’orizzonte temporale di elaborazione del presente documento, assumono particolare rilievo i dettami riformativi del Sistema Socio Sanitario lombardo (L.R. 22/2021) e le disposizioni nazionali in materia di PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Il PNRR è un progetto nazionale, presentato presso la Comunità Europea, che ha previsto lo stanziamento di ingenti risorse economiche al fine di “restaurare” e, al tempo stesso, sviluppare l’impianto economico-sociale del Paese, duramente colpito durante il periodo pandemico.

Il PNRR stabilisce due obiettivi primari nell’ambito della missione 6 “Salute”:

- **La missione M6C1 - Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l’assistenza territoriale:**

gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della Telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

- **La missione M6C2 - Innovazione, ricerca, digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:**

le misure incluse in questa componente hanno l’obiettivo di garantire il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti (con particolare attenzione alla digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello), il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci Sistemi Informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Sistema Sanitario Nazionale (di seguito anche SSN) anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

L’attuazione della missione M6C1 intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario. Essa prevede due attività principali:



- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate;
- La definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health".

In questo senso, costituiscono elementi chiave:

- La creazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità;
- La diffusione della Telemedicina;
- Il potenziamento dei servizi domiciliari.

Le tematiche previste dalla missione M6C1 sono state indirizzate da Regione Lombardia tramite la DGR XI/5872 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio" che ha stabilito la progettazione di un nuovo ecosistema digitale regionale, per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, costituito da:

- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio: applicativo regionale per la gestione informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e per la digitalizzazione di dati e documenti;
- Piattaforma Regionale di Telemedicina: architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina;
- Architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati distribuiti: modello architettonico basato su standard semantici per la raccolta, condivisione e utilizzo in tempo reale dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

La DGR XI/5872 ha, inoltre, definito le caratteristiche puntuali del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio.

La **Missione M6C2** pone particolare attenzione, tramite l'investimento 1.1, sull'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere. L'investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.

Il PNRR si concentra, poi, sul rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione da indirizzare tramite potenziamento del **FSE** e rafforzamento del **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**.

Infine, la Missione M6C2 indirizza i temi della formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico tramite investimenti in valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN e nello sviluppo delle competenze del personale del sistema sanitario e prevede la revisione e l'aggiornamento dell'assetto



regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

LA ASST Fatebenefratelli Sacco all'interno delle progettualità del PNRR, oltre ai percorsi definiti a livello regionale (Cartella Clinica Elettronica, migrazione sistemi informativi al cloud, attivazione firma remota su principali applicativi dipartimentali), ha visto approvati i seguenti progetti specifici:

- **Data Lake:** con la realizzazione della cartella clinica elettronica e con lo sviluppo dei sistemi per la gestione digitale dei processi territoriali si rende necessario sviluppare strumenti per portare ai sistemi decisionali nuovo patrimonio informativo per la generazione di nuovi report e nuovi indicatori. In tale ambito di svilupperà anche un miglioramento degli indicatori CUP e PS;
- **Informatizzazione sale operatorie:** in occasione del rinnovo dei sistemi di cura verrà anche attivato un nuovo sistema informativo per la gestione delle sale operatorie, unico a livello aziendale;
- **Digital Pathology:** evoluzione nell'ambito dell'anatomia patologica per la gestione informatizzata dell'imaging;
- **Potenziamento server e licenze:** pur avendo avviato il processo di migrazione in cloud, che avrà comunque un lungo iter tecnico, si rende necessario garantire il mantenimento in efficienza dei sistemi aziendali per mezzo di un investimento in termini di capacità elaborative e licenze software per accrescimento misure di sicurezza informatica.

Tra gli interventi del PNRR, rientrano anche i lavori di ristrutturazione, destinati a diversi corpi di fabbrica del PO Sacco, finalizzati al raggiungimento dei più moderni standard tecnologici e di sicurezza, che hanno comportato una totale riorganizzazione logistica dei reparti, ambulatori e uffici all'interno del Presidio, tramite il trasferimento di quest'ultimi all'interno di corpi di fabbrica precedentemente destinati ad altre attività ovvero presso altri Presidi Aziendali. Inoltre, vista l'impossibilità di ricollocare all'interno dell'ASST tutte le Unità Operative oggetto di riorganizzazione, si è optato per l'utilizzo di sedi esterne afferenti ad altre ASST (grazie alla collaborazione offerta dalle altre Aziende dell'hinterland cittadino). Nonostante la volontà di minimizzare l'impatto derivante dalla riorganizzazione sopra esposta, inevitabilmente vi è stato un ridimensionamento degli spazi ambulatoriali e una lieve contrazione posti letto disponibili nelle Unità Organizzative coinvolte.

Diviene quindi uno degli obiettivi prioritari, all'interno di un contesto in ulteriore modifica, continuare a garantire standard di produzione quali/quantitativi all'interno del panorama regionale in linea con la domanda, garantendo, al tempo stesso, un servizio sempre più vicino al paziente, riducendo il più possibile i disservizi collegati agli spostamenti.



Nel corso dell'anno 2026 dovranno essere completati i lavori che utilizzano i fondi PNRR, pertanto dovranno essere pianificati i trasferimenti delle attività in precedenza delocalizzate all'esterno del PO Sacco o presso padiglioni diversi da quelli originariamente destinati alle specifiche discipline.

Al fine di delineare lo scenario della programmazione 2026 Regione Lombardia, con Deliberazione n. XII/5589 del 30/12/25 ha definito il documento ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026 – (di concerto con il Vicepresidente Alparone e l'Assessore Lucchini".

Inoltre con successivo Decreto n. 19230 del 31/12/25, sono stati definiti gli indicatori relativi agli obiettivi dell'ASST Fatebenefratelli Sacco per l'anno 2026.

Da quanto descritto nei capoversi precedenti e dall'analisi condotta internamente alla ASST rispetto ai processi sui quali agire e agli interventi che si renderanno necessari per normalizzare criticità emerse nel precedente esercizio, si riportano di seguito in forma schematica i principali obiettivi strategici individuati per il triennio 2026-2028.

## 2.2.1 Programmazione Strategica

OUTCOME	OBIETTIVO	INDICATORE 2026	INDICATORE 2027	INDICATORE 2028
<b>Attuazione L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i.</b>	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo il cronoprogramma relativo allo stato di avanzamento del PNRR component 2	Apertura due Ospedali di Comunità: 1) Principessa Jolanda Sassi Distretto Municipio1 - 2) Piceno (Distretto Municipio 4 con 2 moduli da 10 posti letto. Attivazione 3 Case di Comunità	Consolidamento e sviluppo rete territoriale	Consolidamento e sviluppo rete territoriale
<b>Facilitare l'accesso del cittadino ai servizi di prevenzione e cura senza rivolgersi all'ospedale</b>	Modificare il sistema di offerta nei confronti del cittadino tramite l'attivazione di servizi territoriali gestiti prevalentemente da personale infermieristico	Mantenimento/implementazione Attività Domiciliare, presa in carico del 3,5% degli over 65 e sviluppo di progetti per gli under 65 con necessità di supporto intensivo Target PIC SIAD intermedio lordo pari a 16.591	Sviluppo azioni per raggiungimento target 2027	Sviluppo azioni per raggiungimento target 2028
<b>Migliorare i tempi di risposta nei confronti degli utenti</b>	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri (sia oncologici che non) e per le prestazioni ambulatoriali	Raggiungimento dei target definiti dalla Direzione Generale Welfare	Raggiungimento dei target definiti dalla Direzione Generale Welfare	Raggiungimento dei target definiti dalla Direzione Generale Welfare
<b>Interventi in area disabilità</b>	Attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari EEMM attraverso la promozione di un'attività di integrazione delle figure professionali personale del PUA e della Fragilità: IfeC, Assistenti Sanitarie, psicologo Assistenti Sociali della CdC	Ano 2026: N. di valutazioni con la partecipazione dell'Assistente Sociale comunale, sul numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno 2025 >75%	Anno 2027: N. di valutazioni con la partecipazione dell'Assistente Sociale comunale, sul numero complessivo di valutazioni effettuate nell'anno 2025=100%	Mantenimento target 100% e sviluppo nuove progettualità condivise
<b>Ottimizzare la programmazione regionale in ambito di prevenzione e sorveglianza e cura delle malattie infettive</b>	Collaborare in ambito sovra-aziendale alla definizione di policy e linee guida, nonché all'analisi centralizzata di dati e attività di ricerca per ottimizzare l'intervento in ambito regionale rispetto ai temi della prevenzione e della sorveglianza e cura delle malattie infettive	Definizione di standard ed indicatori rispetto alle attività che saranno pianificate per l'esercizio	Definizione di standard ed indicatori rispetto alle attività che saranno pianificate per l'esercizio	Definizione di standard ed indicatori rispetto alle attività che saranno pianificate per l'esercizio

OUTCOME	OBIETTIVO	INDICATORE 2026	INDICATORE 2027	INDICATORE 2028
<b>Adeguamento/sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti</b>	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	DL34: collaudo e attestazione target entro 31/05/2026	-----	-----
<b>Migliorare la gestione del percorso di ricovero tramite un sistema integrato di gestione delle informazioni che consentirà il collegamento anche con gli episodi territoriali</b>	Diffusione nuova Cartella Clinica Elettronica regionale (CCE) a tutte le specialità cliniche ed ampliamento delle funzioni della stessa, con gestione della farmacoterapia.	Diffusione CCE nei presidi non DEA Buzzi e Melloni Diffusione della Cartella Clinica Ambulatoriale presso il PO Sacco	Completamento integrazioni tra CCE e dipartimentali aziendali	-----
<b>Migliorare il percorso di presa in carico del paziente cronico tramite l'utilizzo di strumenti innovativi</b>	Sviluppo della telemedicina quale strumento di supporto tra professionisti e tra figure sanitarie e utente/care giver	Consolidamento progetti di telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio (2 progetti aziendali "RESPIRA" e teleconsulto MMG)	Consolidamento progetti di telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio	Consolidamento progetti di telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio
<b>Reingegnerizzazione dei processi tramite l'utilizzo di metadati</b>	Attivazione piattaforma Data Lake ed intelligenza artificiale per l'analisi massiva ed il supporto alle decisioni cliniche.	Sviluppo cruscotto indicatori come da specifiche aziendali	Da definire in funzione dei fabbisogni informativi 2027	Da definire in funzione dei fabbisogni informativi 2028
<b>Ridurre i tempi di permanenza in PS</b>	rivedere il percorso del paziente all'interno dei due PS generalisti, riducendo il tempo di boarding per coloro che sono in attesa di ricovero	Contenimento tempo di boarding rispetto all'esercizio precedente focus sui codici arancioni Riduzione del numero di abbandoni da PS rispetto al precedente esercizio	Da definire in funzione dei nuovi assetti 2027 derivanti dall'accreditamento OBI	Da definire
<b>Consolidare la cultura della donazione e migliorare i percorsi interni volti alla gestione della donazione. Implementare le possibilità di cura di pazienti arruolati nel percorso trapianti.</b>	Ottimizzare il processo di prelievo organi e tessuti in accordo con le indicazioni fornite dalla rete regionale dei trapianti	Implementazione delle azioni di miglioramento definite per l'anno 2026 Focus sulla donazione di organi in caso di morte encefalica	Attivazione delle azioni di miglioramento definite per l'anno 2027	Attivazione delle azioni di miglioramento definite per l'anno 2028
<b>Migliorare il livello di efficienza dei processi tramite l'individuazione di procedure che garantiscano trasparenza ed uniformità delle azioni, rispetto delle norme e dei comportamenti degli operatori</b>	Mappature dei processi organizzativi aziendali, individuati secondo la priorità individuata dal RPCT	Emissione procedure, secondo schemi della Qualità, dei processi delle SS/SC Entro 2026 Elenco procedure agli atti del RPCT	Emissione procedure, secondo schemi della Qualità, dei processi delle SS/SC Entro 2026 Elenco procedure agli atti del RPCT	Emissione procedure, secondo schemi della Qualità, dei processi delle SS/SC Entro 2027 Elenco procedure agli atti del RPCT

OUTCOME	OBIETTIVO	INDICATORE 2026	INDICATORE 2027	INDICATORE 2028
<b>Migliorare gli outcome di salute per il paziente</b>	Migliorare il processo di gestione delle attività in ambito ospedaliero e i relativi outcome	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera anno 2026	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera anno 2027	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera anno 2028
<b>Migliorare gli outcome di salute per il paziente</b>	Migliorare il processo di gestione delle attività in ambito distrettuale e i relativi outcome	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale anno 2026	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale anno 2027	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale anno 2028
<b>Incrementare le azioni volte alla prevenzione e diagnosi di possibili malattie al fine di incrementare il livello di salute collettivo</b>	Migliorare il processo di gestione delle attività in ambito di prevenzione e i relativi outcome	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area della prevenzione anno 2026	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area della prevenzione anno 2027	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area della prevenzione anno 2028
<b>Mantenimento dei vincoli di bilancio</b>	Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Scheda dedicata con importi per classi e aggregati di spesa 2026, completa di azioni volte al contenimento dei costi in specifici ambiti	Monitoraggio macro aggregati di costo 2027 e e impkementazione di azioni volte al mantenimento dell'equilibrio di bilancio	Monitoraggio macro aggregati di costo 2027e e impkementazione di azioni volte al mantenimento dell'equilibrio di bilancio
<b>Facilitare l'accessibilità dei cittadini alla struttura</b>	Rioorganizzare le aree di sosta del PO sacco dedicate all'utenza	Completamento attività PPP per la gestione del servizio in concessione dell'area adibita ad autoparcheggio del PO Sacco	-----	-----



## 2.2.2 Piano delle Azioni Positive

L'ASST Fatebenefratelli-Sacco 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 il principio fondante delle attività di tutte le sue strutture organizzative. Il criterio fondamentale delle pari opportunità è il principio base di un ambiente di lavoro, in cui vi sia il rispetto della libertà e della dignità personale, in cui si tuteli e monitori costantemente la qualità del lavoro.

In applicazione della direttiva n. 2/2019 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Sottosegretario delegato alle Pari Opportunità, la quale prevede al par. 3.2 la necessità di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione per la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione, attraverso la predisposizione di Piani triennali di azioni positive. Il nuovo C.U.G. dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, è stato nominato con Delibera n. 1089 del 03.08.2023.

Il CUG, per raggiungere gli obiettivi indicati nel presente Piano della Performance, promuove in primo luogo un cambiamento organizzativo sia nei confronti del personale che delle strutture, partendo dall'elaborazione di una strategia di sensibilizzazione e conoscenza sulle tematiche di pari opportunità. Si propone la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne.

Le 5 azioni del presente Piano, rappresentate nella pagina seguente, sono state individuate tenendo conto della situazione del personale dell'ASST e potranno, tuttavia, essere modificate, integrate, ed ampliate nel corso del triennio, sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che via emergeranno, con appositi provvedimenti.

AZIONI	OBIETTIVI 2026-2028	AZIONI 2026	FUNZIONI COINVOLTE (oltre al CUG)
PROGRAMMARE PERCORSI FORMATIVI RIVOLTI AI COMPONENTI DEL CUG	Promuovere e accrescere le competenze e le attività del CUG	Individuazione di possibili eventi formativi e partecipazione agli stessi per accrescere le competenze professionali dei componenti del Comitato	Ufficio Formazione
	Aggiornamento costante del sito intranet aziendale e cartella CUG con la pubblicazione del materiale di interesse CUG informa - articoli	Aggiornamento della pagina Web sulla Intranet Aziendale, attraverso la raccolta e pubblicazione delle iniziative elaborate dal CUG	Ufficio Stampa e Comunicazione

<p><b>AREA SENSIBILIZZAZIONE SULLA VIOLENZA</b></p>	<p>Implementazione di attività per il contrasto al fenomeno della violenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione Istruzione Operativa gestione del maltrattamento in donne maggiorenni</li> <li>- Pubblicazione Istruzione Operativa sulla violenza verso gli operatori sanitari</li> </ul>	<p>Direzione Sanitaria Direzioni Mediche di Presidio Medicina Legale Assistenti Sociali Rischio Clinico</p>
<p><b>PROMOZIONE DELLE POLITICHE DI CONCILIAZIONE</b></p>	<p>Individuazione di soluzioni di conciliazione vita-lavoro</p>	<p>Coinvolgimento del CUG nella regolamentazione del lavoro agile per il personale dipendente dell'ASST area Dirigenza (in quanto già operativo per l'area Comparto)</p>	<p>Risorse Umane</p>
<p><b>PROMOZIONE DELLA SALUTE</b></p>	<p>Promuovere e accrescere la promozione della salute dei lavoratori</p>	<p>Collaborazione con il WHP nella promozione degli screening regionali e attività di benessere psico-fisico</p>	<p>WHP Medicina del Lavoro</p>



## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### 2.3.1 Parte generale

La presente sottosezione è finalizzata ad individuare gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia ed in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).

Il Piano, in conformità alla Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. ed al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 132 del 30.06.2022, nonché alle linee di indirizzo ANAC ed al PNA 2022 (approvato da ANAC con Delibera n. 7 del 17.01.2023), ha individuato il complesso degli interventi organizzativi dell'Azienda e le strategie prioritarie, in base al grado di esposizione al rischio, volte a garantire al livello aziendale la prevenzione della corruzione e la trasparenza dell'attività amministrativa.

La presente sottosezione è stata elaborata dal RPCT in conformità agli aggiornamenti forniti da ANAC nel PNA 2025 ed è predisposta sulla base delle attività svolte nel corso del 2025 e degli esiti dei controlli effettuati. La proposta del RPCT è stata condivisa con i responsabili delle altre sottosezioni del PIAO e infine sottoposta all'esame ed approvazione della Direzione Strategica.

#### 2.3.1.1 Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e nella gestione del rischio

##### *IL DIRETTORE GENERALE*

Il Direttore Generale, nella sua veste di organo di indirizzo dell'Azienda, individua il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario del Piano, ed adotta annualmente, su proposta del RPCT, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ormai inglobato nel PIAO, nella sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza").

Inoltre, il Direttore Generale riceve, unitamente al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, la relazione annuale del RPCT sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano e le segnalazioni effettuate dal RPCT su eventuali disfunzioni riscontrate nell'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

### *IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (RPCT)*

La normativa attribuisce al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza i seguenti compiti:

- proporre al Direttore Generale i contenuti del Piano relativi alla Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, la cui attuazione spetta al RPCT e ai referenti individuati nel Piano, ciascuno per le parti di rispettiva competenza, e comunque dai dirigenti responsabili dell'attuazione delle misure preventive previste nel Piano nell'ambito di gestione di processi di propria afferenza;
- individuare, d'intesa con i dirigenti competenti, il personale che opera nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di prevenzione della corruzione;
- inviare una rendicontazione annuale a Regione Lombardia in merito alla attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (*whistleblowing*), così come previsto dalla DGR n. X/4878 del 7 marzo 2016;
- predisporre la Relazione annuale, prevista dall'art. 1, co 14, Legge 190/2012, nel formato predisposto dall'ANAC, e provvedere alla pubblicazione nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", previa trasmissione al Direttore Generale, al Collegio Sindacale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il RPCT della ASST Fatebenefratelli Sacco è l'avv. Claudia Carolina Rimoldi - Direttore SC Affari Generali e Legali - nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 6 del 13.01.2016.

### **REFERENTI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA**

Nell'ambito della complessa realtà aziendale, delineatasi a seguito delle operazioni di fusione e incorporazione, attraverso le quali è stata costituita la Azienda Socio Sanitaria Territoriale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione ha reputato necessario individuare un numero di referenti che possano garantire, da un lato, il corretto flusso delle informazioni necessarie per l'attività di monitoraggio del RPCT sull'attuazione delle misure preventive previste dal Piano e dalla normativa, e, dall'altro, il supporto al RPCT nell'attività di valutazione dell'efficacia delle misure adottate, alla luce delle specifiche professionalità e competenze che ciascun Dirigente possiede nell'ambito delle attività di competenza delle proprie rispettive Strutture, caratterizzate da un maggior rischio di realizzazione di condotte illecite.



Si individuano, pertanto, quali **referenti per l'attuazione del Piano Triennale di prevenzione della Corruzione, ora sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"**:

- Il Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
- Il Direttore SC Gestione Acquisti, Provveditorato, Economato
- Il Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale
- Il Responsabile SS Manutenzioni
- Il Direttore SC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità
- Il Direttore SC Qualità e Risk Management
- Il Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali
- Il Direttore SC Area Accoglienza - CUP aziendali
- Il Responsabile SS Sistemi di accesso FBF-Melloni-Territorio
- Il Direttore SC Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli
- Il Direttore SC DAPSS Polo ospedaliero e Polo territoriale
- Il Direttore SC Farmacia Sacco e Buzzi, Fatebenefratelli, Melloni e territorio
- Il Direttore SC Fatebenefratelli, Melloni e Territoriale
- Il Direttore SC Ingegneria Clinica
- Il Responsabile SS Gestione apparecchiature biomedicali
- Il Direttore SC Controllo di gestione e flussi
- Il Direttore SC Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Direttore SC Affari Generali e Legali
- Il Responsabile SS Libera Professione, Marketing e Convenzioni
- Il Responsabile SS Formazione e Concorsi
- Il Direttore SC Direzione Medica di Presidio "Luigi Sacco"
- Il Direttore SC Direzione Medica di Presidio "Vittore Buzzi"
- Il Direttore SC Direzione Medica di Presidio "Fatebenefratelli e Oftalmico"
- Il Direttore SC Direzione Medica di Presidio "Macedonio Melloni"
- Il Responsabile della SS Igiene ed Organizzazione Territoriale
- Il Direttore SC Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Direttore SC Direzione Funzioni Territoriali
- Il Direttore della SC Next Generation EU
- Il Direttore della SC Medicina Legale
- Il Responsabile SS Medicina legale Territoriale



- Il Direttore SC Distretto Municipio 1
- Il Direttore SC Distretto Municipio 2
- Il Direttore SC Distretto Municipio 3
- Il Direttore SC Distretto Municipio 4
- Il Direttore SC Distretto Municipio 8
- Il Direttore SC International Centre of pesticides and health risk prevention (ICPS), farmacovigilanza e ricerca clinica
- Il Direttore del Dipartimento Funzionale Cure Primarie.

Ai fini dell'attuazione del Piano i Referenti, come sopra individuati, sono tenuti ad assicurare:

- la messa a disposizione di tutte le informazioni, per le aree di rispettiva competenza, che il RPCT riterrà necessarie/utili per una efficace mappatura dei rischi aziendali e per la conseguente individuazione e valutazione dei rischi;
- la più ampia diffusione, tra i collaboratori, dei contenuti e delle misure previste dal presente Piano e del Codice di Comportamento dei dipendenti della ASST e della procedura aziendale per la tutela del dipendente che segnala condotte illecite (Whistleblowing policy);
- l'applicazione, ciascuno nell'ambito di attività della propria Struttura, delle misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano;
- la partecipazione propria e dei collaboratori alle iniziative di formazione proposte dal RPCT, sui temi dell'etica, della trasparenza e della prevenzione e repressione delle condotte illecite;
- il monitoraggio periodico sullo stato di attuazione del Piano per le parti di competenza della propria Struttura;
- la cura del tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

I referenti individuati, inoltre, sono incoraggiati a formulare proposte finalizzate alla prevenzione della corruzione da condividere con il RPCT.

Oltre al ruolo attivo svolto dei Referenti del RPCT, si evidenzia che la partecipazione di tutti i Direttori/responsabili di Strutture è necessaria al fine di garantire l'efficacia del Piano, tenuto altresì conto che la mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano influisce negativamente sulla valutazione del dirigente ed è fonte di responsabilità disciplinare.

Nello specifico, ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001 e del DPR n.62/2013, i **Dirigenti**:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- provvedono al monitoraggio delle attività, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, svolte nell'ufficio a cui sono preposti e dispongono, con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;
- decidono sull'astensione del dipendente, assegnato al proprio Ufficio, che segnali circostanze che possano determinare nell'esercizio delle proprie mansioni l'insorgere di potenziali conflitti di interessi;
- prima di assumere le sue funzioni, comunicano all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porli in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgono e dichiarano se hanno parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovranno dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

Sul piano operativo verrà richiesto dal RPCT ai Direttori/Responsabili di Strutture dell'Azienda, per le aree di rispettiva competenza, quanto richiesto ai referenti del RPCT.

## **IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della ASST, ad oggi in carica, è stato costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 1109 del 8.08.2024 per il periodo decorrente dal 1 settembre 2024 al 31 agosto 2027, e la sua composizione è stata aggiornata poi con Deliberazione n. 515 del 1 aprile 2025 come di seguito: Giuseppe Negrini, Emanuele Porazzi e Saverio Malatesta.

## **LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING**

Il Responsabile della funzione di Internal Auditing della ASST è la dott.ssa Tatiana Dezi, nominata con Deliberazione n. 487 del 23.04.2019.

Inoltre, al fine di coadiuvare le attività dell'Internal Auditing, è stato costituito - con Deliberazione n. 365 del 17 marzo 2021 – un apposito Gruppo di Lavoro interdisciplinare.

## **L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)**

Presso la ASST sono state nominate tre composizioni per l'UPD afferenti al personale del Comparto, al personale della Dirigenza Area Sanità ed al personale della Dirigenza PTA.

La rispettiva composizione è ad oggi aggiornata e definita dalla Deliberazione n. 323 del 6.03.2025.

Inoltre, con Deliberazione n. 1305 del 17.10.2024 è stato istituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale Convenzionato (UPDC), unico per la città di Milano, che sarà attivato in caso di contestazioni nei confronti dei medici di Assistenza Primaria operanti nei 9 Distretti di Milano e facenti parti: della ASST Fatebenefratelli Sacco (1,2,3,4,8), della ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda (9), della ASST Santi Paolo e Carlo (5,6,7).

## **IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG)**

La ASST ha costituito il Comitato in recepimento dei principi enunciati dalla legislazione comunitaria, con deliberazione n. 733 del 14.07.2017, la cui composizione è stata aggiornata con Deliberazione n. 381 del 2.04.2019 e di recente ricostituito con Deliberazione n. 1089 del 3.08.2023, ed altresì approvato il *"Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia"* dell'Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 1657 del 18.12.2023.

## **RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)**

Il RASA attualmente nominato dalla ASST Fatebenefratelli Sacco - con provvedimento deliberativo n. 1431 del 7.11.2025 – è la dott.ssa Simona Fava, Direttore SC Gestione Acquisti Provveditorato Economato.

## **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il DPO della ASST Fatebenefratelli Sacco è il dott. Luigi Recupero della LTA s.r.l., in virtù della Deliberazione n. 1521 del 29.10.2021 relativa all'aggiudicazione, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., della procedura di gara per l'affidamento del servizio di Data Protection Officer e di supporto tecnico manageriale.

## **COLLEGIO SINDACALE**

Il Collegio Sindacale della ASST, ad oggi in carica, è stato nominato dal Direttore Generale con Deliberazione n. 1527 del 25.11.2025 ed è composto da: dott. Antonio Liberato Tuscano, dott. Fernando Miccolis, dott. Marco Marchionni.

## **IL GESTORE DELLE SEGNALAZIONI DELLE OPERAZIONI SOSPETTE**

L'ASST, in ossequio al Decreto Legislativo n. 90 del 2017, ha individuato e nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 584 del 22.05.2019 il responsabile antiriciclaggio - vale a dire il soggetto accreditato



presso la UIF quale responsabile delle segnalazioni sospette - il dott. Carlo Valentini, Direttore della SC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità.

## **IL SISTEMA DELLA QUALITA' E DEL CONTROLLO DI GESTIONE**

Nel complesso delle azioni che concorrono alla gestione, anche trasversale, del rischio all'interno della ASST assumono rilievo anche le attività istituzionali, volte a garantire il buon andamento della pubblica amministrazione, poste in essere dalla SC Qualità e Risk Management e dalla SC Controllo di gestione e flussi.

## **COMITATO DI COORDINAMENTO DEI CONTROLLI INTERNI**

In attuazione della DGR n. XI/6278 del 11.04.2022 ad oggetto *“Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle ATS, ASST, IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU”*, è stato istituito - con Deliberazione n. 638 del 9.05.2024 - il Comitato di coordinamento dei controlli della ASST Fatebenefratelli Sacco al fine di realizzare l'implementazione e il coordinamento delle attività di controllo operanti all'interno dell'Azienda, in modo da accrescerne l'efficienza ed evitare una sovrapposizione delle predette attività.

I componenti del Comitato, nominati in ragione degli ambiti di competenza, sono: il Direttore SC Affari Generali e Legali, il Direttore del Dipartimento Amministrativo, il Direttore della SC Controllo di Gestione e Flussi, i Direttori delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri e del Territorio, il Direttore della SC Qualità e Risk Management, un Direttore di Distretto - individuato dal Direttore Socio Sanitario. Il Comitato, nella seduta del 19.12.2024, ha approvato un regolamento interno ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni e della definizione del relativo ambito di competenza.

## **COMMISSIONE CONTROLLI DEL PNRR**

Con Deliberazione n. 640 del 9.05.2024, sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia, è stata costituita la Commissione preposta ai controlli interni previsti per i singoli progetti PNRR di cui la ASST è soggetto attuatore e che opererà in raccordo con le altre componenti del Sistema di controlli interni (SCI) aziendale e con il RUP dei progetti stessi.

In ragione dell'attività svolta, i componenti della Commissione sono: il Direttore SC Affari Generali e Legali, il Direttore del Dipartimento Amministrativo, il Direttore della SC Controllo di Gestione e Flussi.

## **I DIPENDENTI DELLA ASST FATEBENEFRATELLI SACCO E I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO**

I dipendenti partecipano al processo di gestione del rischio e sono tenuti ad osservare il Codice di Comportamento aziendale, le misure contenute nella sezione del PIAO aziendale, denominata *“Rischi corruttivi e Trasparenza”*, ed a segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o al RPCT, nonché le situazioni personali di conflitto di interessi.

Oltre ai dipendenti, anche i collaboratori a qualsiasi titolo operanti nell'Azienda sono tenuti ai medesimi obblighi, come previsto dallo stesso Codice.

### **2.3.1.2 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza**

Come previsto dall'art. 1, comma 8, Legge n. 190/2012, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che l'organo di indirizzo definisce nell'ambito della programmazione strategico-gestionale, tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione e delle proposte specifiche formulate dal RPCT. Nell'ottica di miglioramento continuo

#### **l'ASST si è prefissata nel corso del 2026:**

- di proseguire nell'attività di revisione dei processi organizzativi aziendali tramite redazione di mappature, da parte delle Strutture interessate, ai fini di migliorare la gestione delle attività dell'ente e di favorire la mappatura ed il monitoraggio delle aree più esposte a rischio da parte degli organi interni di controllo;
- di incrementare la formazione in materia di prevenzione della corruzione nel settore degli appalti e dell'Etica del personale in servizio, soprattutto per quello assegnato alle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo;
- di monitorare lo stato di attuazione delle attività previste dal DM 72/2022 a carico delle Case di Comunità attivate;

## Collegamento con il ciclo della Performance

Resta fermo l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra l'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il sistema di valutazione della Performance, per cui sono individuati i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Responsabili	Azione	Indicatore 2026
<b>TRASPARENZA</b>	Tutti i Responsabili di Strutture di cui alla Tabella "Trasparenza" (ALL. 3 al Piano)	Rispetto degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza specificati nella Tabella "trasparenza" – ALL. 3 al Piano  Adeguamento delle sezioni di AT e delle pubblicazioni alle indicazioni e schemi ANAC	Attestazione annuale dei Dirigenti, indicati nella Tabella "Trasparenza", al CdG circa l'adempimento e validazione degli obblighi di pubblicazione di propria competenza.  Esito monitoraggio periodico del RPCT sulla sezione AT sui documenti pubblicati  Esito Monitoraggio semestrale PIAO del RPCT su attestazioni dei Dirigenti  L'obiettivo verrà esteso anche per il biennio 2027-2028
<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	Tutti i Dirigenti e referenti, responsabili dei processi, indicati nel Piano	Mantenimento delle misure, generali e specifiche, di prevenzione della corruzione previste nel cap. 2.3.4 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e nell'all. 2 del PIAO	Attestazione semestrale da parte dei Dirigenti interessati in ordine allo stato di attuazione delle stesse, in sede di monitoraggio  Esito Monitoraggio annuale PIAO del RPCT su attestazioni dei Dirigenti  L'obiettivo verrà esteso anche per il biennio 2027-2028
<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	Tutti i Dirigenti e referenti, responsabili dei processi, indicati nel Piano	Attuazione nuove misure, generali e specifiche, di prevenzione previste nel cap.2.3.4 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e nell'all. 2 del PIAO	Attestazione annuale da parte dei Dirigenti al RPCT sullo stato di adozione delle nuove misure in sede di monitoraggio  L'obiettivo verrà esteso anche per il biennio 2027-2028

### 2.3.2 ANALISI CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, nel quale l'ASST si trova ad operare, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e dell'idoneità delle misure di prevenzione. E' quindi uno strumento preliminare che consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

**Il quadro del contesto esterno è già fornito ampiamente nella sezione del PIAO “Scheda Anagrafica”, a cui si rinvia.** Ai fini di un’analisi sul fenomeno corruttiva gli strumenti disponibili a cui far ricorso sono:

- l’acquisizione dati per contesto culturale, sociale ed economico da fonti rilevanti ed aggiornate (es. ISTAT, Università e Centri di Ricerca);
- l’acquisizione dei dati giudiziari per rilevare il tasso di criminalità generale del territorio di riferimento, la presenza della criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni, nonché dei reati contro la P.A. (es. Prefettura, Ministero di Giustizia, Corte dei Conti);
- fonti interne, ovvero informazioni/dati raccolti dagli Uffici (es. segnalazioni, procedimenti disciplinari, monitoraggi).

Ciò posto, lo svolgimento della predetta attività nonché l’acquisizione dei dati tramite il coordinamento con gli Enti competenti, ai fini della rilevazione del rischio corruttivo tipico per l’ASST, non risultano agevoli, atteso anche che l’attività istituzionale della ASST Fatebenefratelli Sacco interessa non solo i quattro Presidi Ospedalieri (Fatebenefratelli e Oftalmico, V. Buzzi, M. Melloni e L. Sacco), ma anche tutto il complesso delle attività a valenza socio-sanitaria delle strutture territoriali (consultori, SERT, dipendenze, centri vaccinali, commissioni per invalidità, ecc) e dei Distretti rimessi alla competenza della ASST, corrispondenti ai Municipi 1, 2, 3, 4 e 8, sviluppandosi quindi su un ampio raggio del territorio dell’area metropolitana milanese che include aree eterogenee, sia centrali che periferiche, con diversità anche per densità di popolazione e concentrazione di servizi pubblici. Pertanto, allo stato attuale, le informazioni e i dati di carattere economico, giudiziario e sociale possono essere acquisiti solo attraverso pubblicazioni di altri Enti che rappresentano gli esiti dei loro approfondimenti sul territorio.

Si richiama ad ogni buon conto:

- il collegamento ipertestuale alla Relazione della Procura Generale della Corte dei Conti per l’inaugurazione dell’anno giudiziario 2025: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=d9eca910-c671-4d0e-b18d-52a03efe6cc6>
- il collegamento ipertestuale alla Relazione del Presidente della Sezione giurisdizionale per la Lombardia della Corte dei Conti Antonio Marco Canu, del Procuratore Regionale Paolo Evangelista e della Presidente della Sezione regionale di Controllo Maria Riolo all’inaugurazione dell’anno giudiziario 2025: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=dc801946-070c-4024-a632-d04e30856ba6>
- il collegamento ipertestuale riferito alle Relazioni Semestrali – DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (interno.gov.it), con aggiornamento all’anno 2024 che riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia (pag.190): <https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/#relazione-sullattivita-nel-2024/1/> ;

- il collegamento ipertestuale riferito al Documento edizione 2022 risultante dagli studi svolti da PoliS-Lombardia in collaborazione con l'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano, su incarico della Direzione Generale Sicurezza di Regione Lombardia, che forniscono da alcuni anni un quadro composito relativo a questo particolare e importante fenomeno presente anche nella società lombarda: <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2022/200418ist-monitor-presenza-mafiosa-ed2022> ;

- il collegamento ipertestuale riferimento al Rapporto - edizione 2025 – su *“analisi dei flussi dei fenomeni delinquenti nella Città Metropolitana di Milano e nelle Province lombarde”* che affronta il tema della sicurezza urbana e della criminalità, offrendo un quadro teorico e linee guida metodologiche per l'analisi del rischio criminale e la definizione di misure preventive adattate ai contesti specifici: <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2025/241322ist-sicurezza-pp-cr-ed202501> ;

- il collegamento ipertestuale riferito al Dossier PRSS 2023 di PoliS-Lombardia *“La povertà in Lombardia”* monitora il fenomeno della povertà in Lombardia: <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2023/dossier-04-2023-poverta-lombardia> ; e il recente rapporto su *“Le famiglie lombarde in difficoltà socio-economica. Un'analisi degli indicatori di vulnerabilità attraverso i risultati dell'indagine “My People” Anno 2024”* pubblicata nel 2025 e che esamina la situazione socioeconomica delle famiglie lombarde: <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2025/231333sta-social-survey-famiglie-lombarde-2025-ed202506> ;

- il collegamento ipertestuale alla classifica del *“Sole 24 Ore”* denominata INDICE DELLA CRIMINALITÀ anno 2025 di Milano, che fotografa le denunce registrate relative al totale dei reati commessi sul territorio [https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/?refresh\\_ce=1](https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/?refresh_ce=1) .

## 2.3.4 ANALISI CONTESTO INTERNO

### 2.3.4.1 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'assetto organizzativo attuale dell'ASST Fatebenefratelli Sacco è accessibile tramite la sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/poas-piano-organizzativo-aziendale-strategico](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/poas-piano-organizzativo-aziendale-strategico) , caratterizzato da un processo di riorganizzazione in attuazione della riforma sanitaria nazionale e regionale.

In particolare, in attuazione della L.R. n. 22/2021, recante *“Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”*, è stato approvato da parte di Regione Lombardia - con DGR n. XI/7314 del 14.11.2022 - del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, adottato in versione V2 dalla ASST con Deliberazione del Direttore Generale n. 1438 del 14.10.2022.

Con successive deliberazioni del Direttore Generale n. 1654 del 25.11.2022 e n. 43 del 11.01.2023 è stata formalizzata la presa d’atto dell’avvenuta approvazione del nuovo assetto organizzativo dell’area sanitaria, sociosanitaria, amministrativa, tecnica e professionale della ASST ed è stato reso operativo l’assetto organizzativo Dipartimentale con la nomina dei rispettivi Direttori.

Inoltre, con Deliberazione del Direttore Generale n. 82 del 31.01.2024 si è preso atto del Decreto della DG Welfare di Regione Lombardia n. 20985 del 29.12.2023, avente ad oggetto *“Assegnazione del Personale del Dipartimento di Cure Primarie e della UOC Malattie trasmissione sessuale MTS”* alla ASST Fatebenefratelli Sacco, quale capofila del Dipartimento interaziendale delle Cure Primarie, a cui afferiscono dal 2024 il Dipartimento funzionale di Cure Primarie, la SC Innovazione e Sviluppo delle Cure Primarie, la SSD Gestione delle Convenzioni per l’assistenza primaria, la SS Governo clinico e presa in carico della persona, la SS Coordinamento attività sanitaria delle Cure primarie.

L’attenzione è altresì fortemente concentrata sulla valorizzazione della medicina territoriale, anche in applicazione dei progetti del PNRR, legati all’attivazione delle *“Case di Comunità”* e degli *“Ospedali di Comunità”*. L’ASST è infatti beneficiaria di importanti finanziamenti del PNRR/PNC relativi alla missione 6 *“Salute”* che interessano la Componente 1 (Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza territoriale) e la Componente 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), destinati alla rete territoriale ed ai presidi ospedalieri di afferenza della ASST e riferiti alle ristrutturazioni edilizie ed alle complesse revisioni tecnologiche e dei sistemi informativi ed della ASST, declinati nella sezione precedente del presente PIAO.

Inoltre, in conformità al principio di sussidiarietà, l’ASST porta avanti da anni una consolidata collaborazione con diverse associazioni di volontariato ed enti del Terzo Settore che operano direttamente e da tempo nei diversi presidi ospedalieri e nelle sedi territoriali della ASST, le cui finalità si ispirano alla partecipazione degli stessi alla qualificazione del servizio sanitario erogato, attraverso il sostegno dei pazienti e dei loro familiari, il sostegno alle azioni divulgative e di educazione sanitaria.

### Rapporti con Università

Presso le strutture sanitarie dell'ASST, previa stipula di apposite convenzioni, vengono svolte le attività di tirocinio teorico-pratico in ambito clinico da parte degli studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e degli studenti iscritti ai Corsi di Laurea Triennale e Magistrale delle professioni sanitarie.

Vengono inoltre accolti i medici iscritti alle Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Milano, dell'Università degli Studi Milano-Bicocca e di altre Università, per lo svolgimento di attività didattico-formative professionalizzanti (finalizzate al completamento della loro formazione accademica e professionale), nonché per le attività del "Tronco Comune" definito quale ambito di attività tesa all'acquisizione di conoscenze generali comuni per la preparazione degli specializzandi nelle varie tipologie di scuole comprese nella classe (v. D.M. n. 68 del 4.02.2015).

Oltre a quanto già indicato, sempre presso le strutture sanitarie dell'ASST, previa stipula di apposite convenzioni, vengono accolti i medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione di altri Atenei sparsi sul territorio nazionale per lo svolgimento di attività formativa professionalizzante extra rete.

L'ASST Fatebenefratelli Sacco, a seguito della stipula di apposite Convenzioni con diversi Atenei del territorio nazionale, accoglie anche presso le proprie strutture, per lo svolgimento di tirocini curriculari, gli studenti iscritti ai corsi di Laurea, Corsi di Laurea Magistrale, Master e Dottorati di ricerca, Scuole di Specializzazione (non afferenti all'area medico/sanitaria) previsti in via obbligatoria e/o facoltativa dal Corso di Studi frequentato e non necessariamente concorrenti ad un riconoscimento nella carriera di studi.

Infine, presso le strutture della ASST vengono accolti gli studenti iscritti ad Atenei o Enti diversi per lo svolgimento del tirocinio pratico valutativo (TPV) per l'acquisizione dell'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo oltre che gli psicologi e i medici iscritti a Scuole di Specializzazione in Psicoterapia per lo svolgimento delle attività di tirocinio pratico post-laurea finalizzato all'attività di psicoterapeuta.

Nel presente capitolo si rilevano invece gli elementi di valutazione del contesto interno, quali: le segnalazioni whistleblowing, le rendicontazioni dei procedimenti disciplinari e la Relazione del RPCT per l'anno 2025 al cui documento si rinvia, come pubblicato nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione-60/relazione-responsabile-anticorruzione-108> .

**Si rinvia alle altre sezioni (Organizzazione e Capitale umano e Scheda Anagrafica) del PIAO per quanto attiene la rappresentazione dell'organizzazione aziendale e la dotazione organica del personale.**

### 2.3.4.2 MAPPATURE PROCESSI AZIENDALI

La mappatura costituisce una parte fondamentale dell'analisi del contesto interno in quanto si basa sull'individuazione ed analisi dei processi organizzativi propri dell'amministrazione al fine di individuare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità, risultino potenzialmente più esposte a rischi.

La mappatura dei processi è quindi un'azione propedeutica all'avvio del percorso di gestione del rischio corruttivo.

Successivamente alla costituzione della ASST si è proceduto ad un'analisi dell'organizzazione aziendale e delle sue regole di funzionamento alla luce della progressiva riorganizzazione che ha interessato la ASST negli ultimi anni, avviando l'attività di mappatura dei processi aziendali maggiormente esposti al rischio ed operando all'interno degli stessi un'ulteriore scissione dei diversi sotto-processi con lo scopo di evidenziare i possibili rischi corruttivi per effettuare, quindi, l'analisi dei medesimi. I processi mappati sono riconducibili alle aree a rischio (generali-obbligatorie ed ulteriori specifiche) individuate dal PNA 2013 ed integrate dai successivi PNA.

Nell'ambito della predetta attività è stato richiesto ai Dirigenti delle Strutture interessate di redigere la mappatura dei processi gestiti dalla propria struttura, con l'individuazione dei macroprocessi, al fine di procedere poi alla successiva analisi dei processi con il supporto del RPCT.

La mappatura dei processi è frutto di un'autoanalisi anche di carattere organizzativa, e pertanto si ritiene che tale attività - che ha già portato ad un miglioramento delle misure correttive attuate - presenta ancora margini di miglioramento necessariamente collegati ad una maggiore partecipazione al processo di gestione del rischio da parte dei responsabili delle diverse Strutture e ad una estensione dei processi aziendali da sottoporre gradualmente ad analisi.

Come previsto nella programmazione dei precedenti PTPCT/PIAO, al fine di recepire le indicazioni ANAC contenute nell'allegato 1 al PNA 2019, è in corso l'attività di revisione delle mappature dei processi aziendali già esistenti, da parte delle singole Strutture in collaborazione con la SC Qualità, quale attività propedeutica all'aggiornamento/revisione del registro dei rischi. Nonchè è stata avviata anche l'attività per la redazione delle mappature dei processi organizzativi connessi alle nuove attività di competenza della ASST.

L'attività di mappatura ha interessato prioritariamente alcune Strutture delle aree maggiormente a rischio, individuate dal RPCT, quali: approvvigionamento beni e servizi, controlli post gara, servizio di pulizia generale e sanificazione, gestione flussi informativi per contratti pubblici; Convenzioni attive con enti privati non accreditati, attività libera professione intramuraria; procedimenti disciplinari, incarichi extraistituzionali, Piano del fabbisogno del personale, trattamento economico del personale assunto a vario titolo; redazione piano investimenti, gestione immobili, manutenzioni; procedure di reclutamento del personale, procedure

correlate all'accesso ambulatoriale ai servizi assistenziali e liste di attesa, acquisizione e gestione delle apparecchiature elettromedicali (ivi inclusa gestione del global service) e sperimentazioni cliniche.

Altresì, considerata la crescente rilevanza ed estensione dei servizi territoriali progressivamente affidati alla gestione della ASST Fatebenefratelli Sacco è stato avviato il processo di mappatura dei rischi con riferimento ai seguenti processi: servizio di scelta e revoca dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, servizio di trasporto dializzati in convenzione, rimborsi cure climatiche invalidi di guerra e dializzati; accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità ed handicap, gestione dell'attività da parte delle due Commissioni Mediche Locali. Inoltre, nel corso del 2025, sempre nell'ambito dell'area specifica della sanità, è stata avviata la mappatura dei processi afferenti al convenzionamento di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta e al convenzionamento del terzo settore.

Le mappature dei processi succitati sono state in parte completate ed in parte in corso di elaborazione da parte dei Dirigenti responsabili delle aree coinvolte su proposta del RPCT. Per l'anno 2026, invece, si richiederà l'avvio/revisione della mappatura sui seguenti processi: farmacia e gestione del farmaco; sistemi informativi e gestione informatizzata dei flussi sanitari.

### 2.3.4.3 GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Sulla base della mappatura dei processi della ASST e delle priorità di analisi dei processi afferenti alle AREE di rischio Generali e Specifiche individuate dall'ANAC, l'attività del RPCT per la gestione del rischio corruttivo si realizza seguendo la metodologia esplicita nel PNA 2019 volta alla valutazione dei rischi e della programmazione delle misure preventive/correttive da adottare.

L'attività si articola nelle seguenti fasi:

- **identificazione dei rischi corruttivi**, quale processo di ricerca ed individuazione degli illeciti, pregiudizievoli delle finalità pubbliche dell'ente, che potrebbero interessare i processi aziendali analizzati delle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo. La predetta attività ha anche il fine di predisporre il "registro dei rischi" dei singoli processi mappati della ASST.

Al fine di svolgere tale attività, il RPCT ha proceduto, sulla base delle mappature dei singoli processi organizzativi aziendali delle aree maggiormente esposte a rischio, all'identificazione dei principali rischi corruttivi ed alle ulteriori condotte illecite che si intendono contrastare, riportandole in apposite *check-list*, sottoposte poi all'esame dei Dirigenti/Referenti delle Strutture responsabili dei processi allo scopo di procedere alla dettagliata analisi del rischio dei processi di propria competenza. Per l'identificazione dei rischi corruttivi sono stati presi in considerazione anche altri elementi: risultanze delle mappature dei processi, informazioni in possesso del RPCT quali segnalazioni,



procedimenti disciplinari o contenziosi, delibere e direttive ANAC in materia e registri rischi di altre Aziende Sanitarie.

- **analisi del rischio**, volta a approfondire gli eventi rischiosi ed i “fattori abilitanti” degli stessi (i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione), identificati sulla base delle procedure aziendali in essere e delle misure preventive attuate.

La successiva analisi del rischio è una fase che ha un duplice obiettivo, quello di comprendere più profondamente la natura dei rischi corruttivi individuati e di identificare i fattori abilitanti, ovvero quei fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. I fattori abilitanti presi in considerazione a livello aziendale sono stati individuati tra quelli suggeriti da ANAC nell’all.1 del PNA 2019 :

- carenza/insufficienza/mancanza controlli;
  - parziale/inadeguata attivazione delle misure di trattamento del rischio;
  - disfunzioni organizzative;
  - alta discrezionalità;
  - carenza di trasparenza;
  - concentrazione dei poteri decisionali in capo a pochi;
  - inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi, carenze formative del personale addetto ai processi;
  - scarsa responsabilizzazione interna;
  - carenza del personale addetto;
  - eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
  - inadeguata diffusione della cultura della legalità.
- **stima dei rischi**, volta a stimare il livello di esposizione al rischio dei processi e dell’attività esaminati, con l’attribuzione di un livello di rischiosità che scaturisce dalla valutazione effettuata dai dirigenti/referenti degli Uffici interessati, con il supporto del RPCT, sulla base di indicatori predeterminati (*key indicators*).

Ciò porta a verificare l’eventuale sussistenza di criticità dei processi analizzati e permette, alle parti coinvolte in questa fase (RPCT e Dirigenti/referenti), di poter stimare il livello di esposizione al rischio, avvalendosi di specifici criteri, parametri ed indicatori. Al fine di pervenire ad una stima del livello di esposizione al rischio, basata su un approccio di tipo qualitativo, sono stati individuati una serie di indicatori di rischio tra quelli suggeriti da ANAC:

- *livello di interesse “esterno”*: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;



- *grado di discrezionalità del decisore interno alla PA*: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- *manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata*: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- *opacità del processo decisionale*: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- *livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano*: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- *grado di attuazione delle misure di trattamento*: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi;
- *grado di impatto potenziale sull'ente sul piano economico e/o di immagine*.

Per ciascun indicatore, i Responsabili delle strutture interessate hanno associato un valore di rischio, formulato mediante un'autovalutazione (*self assessment*), in rapporto alle specifiche attività dei processi oggetto di valutazione, operando una scelta nell'ambito di una scala crescente di valori composta da cinque livelli (ALTO - MEDIO/ALTO - MEDIO - MEDIO/BASSO – BASSO), ed hanno fornito delle motivazioni sintetiche in riferimento agli strumenti ed ai dati oggettivi considerati per la valutazione del rischio.

In sede di audit con il RPCT, partendo dalla misurazione parziale dei singoli indicatori, è stato reso un giudizio complessivo del livello finale di esposizione al rischio delle specifiche attività, sulla base di una scala di valori articolata in 5 livelli (ALTO - MEDIO/ALTO - MEDIO - MEDIO/BASSO – BASSO), prendendo in considerazione anche i criteri di Probabilità (frequenza di possibile accadimento dell'evento negativo) ed Impatto (livello di influenza/danno economico e non provocato al momento del verificarsi dell'evento negativo) del manifestarsi degli eventi rischiosi esaminati rispetto ai tre indicatori prescelti.

La scelta del valore finale di rischio è stata operata tenendo conto delle "motivazioni" rese dai responsabili sulla base dei dati oggetti riportati ed evitando di sottostimare il rischio e di esprimere un giudizio finale dettato meramente dalla media dei valori parziali;

**Il registro dei rischi** dei processi aziendali elaborato sino al 2023 (allegato al presente Piano: **All. 1, sub a**) afferisce alle seguenti aree di rischio: Contratti pubblici; reclutamento e progressione personale, incarichi e nomine; gestione delle entrate e delle spese e del patrimonio; sperimentazioni e sponsorizzazioni; farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie; ingegneria clinica; contenzioso ed incarichi legali. Tale registro

è stato elaborato secondo la metodologia quantitativa, precedentemente adottata da ANAC nell'all. 5 del PNA 2013.

**Al fine di aggiornare ed implementare il registro dei rischi**, elaborato nel corso della progressiva riorganizzazione che ha interessato l'Azienda negli ultimi anni, è stata avviata progressivamente un'attività di revisione delle mappature dei processi aziendali in essere (approvvigionamento beni e servizi, controlli post gara, servizio di pulizia generale e sanificazione, gestione flussi informativi per contratti pubblici; Convenzioni attive con enti privati non accreditati, attività libera professione intramuraria; procedimenti disciplinari, incarichi extraistituzionali, Piano del fabbisogno del personale, incarichi del personale, trattamento economico del personale assunto a vario titolo; redazione piano investimenti, gestione immobili, manutenzioni; procedure di reclutamento del personale; procedure correlate all'accesso ambulatoriale ai servizi assistenziali e liste di attesa; acquisizione e gestione della apparecchiature elettromedicali - global service) da parte delle Strutture più esposte a rischio, nonché è stata intrapresa l'attività di mappatura anche di altri processi, afferenti all'area specifica della sanità (es. servizio di scelta e revoca dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, accertamenti sanitari di invalidità civile cecità, sordità, disabilità ed handicap, gestione dell'attività da parte delle Commissioni Mediche Locali, servizi/assistenza dializzati, acquisizione e gestione delle apparecchiature elettromedicali; sperimentazioni cliniche; convenzionamento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ).

Nel corso dell'anno 2024 e 2025 si è conclusa l'attività di mappatura dei processi afferenti alle aree di:

- reclutamento, progressione del personale, incarichi e nomine;
- convenzioni e libera professione;
- libera professione e liste d'attesa;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto (servizi/assistenza dializzati);
- procedure correlate all'accesso ambulatoriale ai servizi assistenziali e liste di attesa;
- accertamenti sanitari di invalidità civile cecità sordità disabilità ed handicap, gestione dell'attività da parte delle Commissioni Mediche Locali.

Alla luce di ciò, è stato predisposto un **nuovo registro dei rischi corruttivi** di tali processi (allegato al presente Piano: **All. 1, sub b**) che recepisce le indicazioni ANAC contenute nell'Allegato 1 del PNA 2019 (*"Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"*) relative alla metodologia di misurazione del rischio corruttivo, prevedendo un passaggio da un approccio quantitativo, basato su analisi matematiche e statistiche, ad un approccio qualitativo fondato su motivate valutazioni del livello del rischio espresso.

Per altri processi, invece, e non è stato possibile concludere l'attività di aggiornamento/implementazione dell'attuale registro dei rischi in quanto è ancora in corso la revisione delle mappature dei processi organizzativi, da parte delle Strutture interessate, o per alcuni casi il RPCT ha invece potuto procedere alle



fasi successive di identificazione dei rischi e di stima del rischio, con la predisposizione di apposite check-list, che però sono ancora all'esame dei Responsabili delle Strutture interessate per la relativa attività di ponderazione e rendicontazione del rischio.

Nella fase di valutazione del rischio delle mappature aggiornate il RPCT ha adottato le nuove indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi (Allegato 1 del PNA 2019), obiettivo esteso anche per anche per i processi ad oggi in fase di valutazione al fine di aggiornare, nel triennio 2026-2028, in toto il pregresso registro dei rischio della ASST, ed implementare parallelamente quello nuovo con i nuovi processi in esame.

- **Trattamento del rischio**, sulla base degli esiti della mappatura dei processi a rischio corruttivo, vengono ponderati i livelli di rischio rilevati al fine di stabilire le strategie e le nuove misure preventive specifiche, da introdurre ove ritenute necessarie. Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici, post mappatura dei rischi dei processi esaminati. Per la mitigazione dei rischi rilevati, occorre identificare le misure idonee e predisporre la progettazione della relativa attuazione rispetto ai processi analizzati, tenuto conto anche della loro sostenibilità operativa. Nella programmazione occorre precisare per ciascuna misura: tipologia di misura, modalità applicazione, responsabile dell'attuazione, indicatori e tempi di monitoraggio. Come nelle fasi precedenti di gestione del rischio, anche l'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi).
- **Monitoraggio delle misure specifiche**, il monitoraggio costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione per i processi a rischio. Il monitoraggio è sottoposto ad apposita programmazione deve essere svolto periodicamente, ad un primo livello, dai responsabili della loro stessa attuazione, mentre il monitoraggio di II livello viene svolto dal RPCT e si basa sul controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano, attraverso un'autovalutazione dei responsabili o anche tramite la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva attuazione e idoneità.

Rispetto ai processi analizzati al registro dei rischi corruttivi della ASST, si rinvia all'**ALL. 2** del presente PIAO per la **programmazione delle misure specifiche** da attuare in cui sono individuati: la fase del processo di attuazione, la categoria della misura, la misura specifica per fase, l'indicatore dell'attuazione della misura, il termine di attuazione, il responsabile dell'attuazione, il termine del monitoraggio.



## 2.3.4 PROGRAMMAZIONE MISURE GENERALI E MONITORAGGIO

Il trattamento del rischio consiste nella individuazione, progettazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato all'interno della Amministrazione.

**Le misure generali** sono quelle che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e, come per le misure specifiche, l'individuazione delle misure di trattamento viene effettuata tenendo conto delle principali tipologie indicate nella Determinazione n. 12/2015 dell'A.N.AC. e Deliberazioni nn.831/2016 e 1064/2019 di seguito schematizzate:

- Misure di controllo
- Misure di trasparenza
- Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- Misure di regolamentazione
- Misure di semplificazione dell'organizzazione/riduzione livelli/riduzione numero uffici
- Misure di semplificazione di processi/procedimenti
- Misure di formazione
- Misure di sensibilizzazione e partecipazione
- Misure di rotazione
- Misure di segnalazione e protezione
- Misure di disciplina del conflitto di interessi
- Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

La scelta è effettuata caso per caso sulla base della valutazione dei requisiti di:

- Efficacia nella neutralizzazione
- Sostenibilità economica e organizzativa
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione
- Programmazione nel tempo.

Nel presente sottosezione del PIAO 2025-2027 sono state individuate le **misure generali** che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e che l'Azienda ha programmato di adottare per il trattamento del rischio corruttivo nel corso del triennio.

Per ciascuna misura è individuato: il processo di riferimento, il responsabile dell'attuazione, la tempistica di attuazione e l'indicatore di monitoraggio. Per tutte le misure generali di cui alla sezione 2.3.3. del PIAO è previsto un **monitoraggio semestrale** effettuato dal RPCT sulle rendicontazioni/attestazioni dei Dirigenti responsabili dell'attuazione ed individuati nel PIAO.



## **n.1. TRASPARENZA**

In merito alla misura di sicurezza della trasparenza, si rimanda al cap. 2.3.5 “*Programmazione dell’attuazione della Trasparenza*” della presente sottosezione del PIAO.

## **n.2. CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE**

Il Codice di Comportamento rappresenta una delle “azioni e misure” principali di prevenzione della corruzione in quanto contenente le *best practices* dei comportamenti dei propri dipendenti e pertanto costituisce elemento essenziale della presente sottosezione del PIAO.

Alla luce delle Linee guida “*in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche*” - adottate dall’ANAC con Delibera n.177 del 19 febbraio 2020 - e del Decreto del Presidente della Repubblica n. 81/2023 che ha apportato modifiche al D.P.R. n. 62/2013, il RPCT ravvisato la necessità di aggiornare il Codice di comportamento aziendale della ASST - adottato con Deliberazione n. 892 del 13.07.2018 - sia per adeguarlo alle nuove disposizioni contenute nel succitato Decreto sia per meglio contestualizzare alcune norme di portata generale connesse allo specifico contesto aziendale.

La proposta di revisione del Codice è stata condivisa la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/UPD, e sono state coinvolte, per le parti di rispettiva competenza, anche altre Strutture aziendali della aree maggiormente interessate.

Previo espletamento della procedura di consultazione pubblica, come previsto dal D.Lgs. n.165/2001, è stato adottato, con delibera del Direttore Generale n. 1552 del 5.12.2024, l’aggiornamento del vigente Codice di Comportamento della ASST Fatebenefratelli Sacco (pubblicato in Amministrazione trasparente <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/atti-general-64/disposizioni-general-1/atti-general-codice-di-comportamento-66> ).

Nella revisione si é tenuto conto della natura e della finalità della ASST Fatebenefratelli Sacco, nonché della particolare tipologia del personale presente (ruolo sanitario, sociosanitario, tecnico, professionale e amministrativo) e della presenza delle differenti aree contrattuali del personale in servizio, dando atto nello specifico che sono state implementate norme specifiche su:

- la prevenzione di ipotesi di conflitto di interesse, con aggiornamento dell’annessa modulistica (allegata al Codice) per le dichiarazioni specifiche di consulenti/collaboratori, di RUP/DEC/DL e altri incarichi inerenti la gestione di rapporti contrattuali, di componenti di Commissione di gara, di dipendenti/dirigenti, nonché per la comunicazione di sussistenza di conflitto di interessi ed astensione, e per le donazioni/erogazioni/sponsorizzazioni;
- gli obblighi di comportamento del personale sanitario e socio-sanitario;
- la prevenzione delle molestie e discriminazioni sul luogo di lavoro;
- i rapporti tra dipendente e società esterne, con particolare riferimento alle società farmaceutiche e produttrici di dispositivi medici;

- la ricerca e sperimentazioni;
- l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione;
- l'utilizzo dei social media da parte dei dipendenti pubblici;
- gli oneri comportamentali in servizio e fuori dal servizio;
- l'individuazione di specifici obblighi a carico dei Dirigenti;
- gli oneri comportamentali in servizio e fuori dal servizio.

Per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento si estendono a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati, ai medici in formazione specialistica, ai frequentatori, ai titolari di organi e di incarichi, ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione, nonché al personale universitario (personale docente e ricercatore) in afferenza assistenziale presso la ASST, in accordo con le disposizioni che disciplinano il rapporto tra il personale dipendente dell'Università e le Aziende del SSR nello svolgimento delle attività assistenziali.

Misura di prevenzione	Responsabili	Azione attuata	Indicatore
<b>Monitoraggio attuazione del Codice di comportamento</b>	UPD per il tramite del Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rendicontazione annuale delle segnalazioni pervenute e dei procedimenti disciplinari avviati dall'UPD	Rendicontazione al RPCT entro il 10 gennaio

Misura di prevenzione	Responsabili	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatore
<b>Attuazione del Codice di comportamento</b>	RPCT congiuntamente all'UPD, per il tramite del Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Approvazione ed adozione dell'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, a seguito del DPR n. 81/2023  Diffusione informativa dell'aggiornamento del Codice		Publicazioni su Intranet e Amministrazione trasparente
<b>Diffusione conoscenza del Codice di comportamento aziendale a tutto il personale neoassunto</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane  Responsabile SS Formazione e Concorsi (per contratti di consulenza e collaborazione)	Consegna del Codice di Comportamento aziendale e del DPR n. 62/2013 aggiornato, al momento della stipula del contratto di lavoro  Inserimento nel contratto di lavoro dell'obbligo di rispetto del Codice di comportamento aziendale vigente		Attestazione dell'Ufficio di avvenuta consegna rispetto alla totalità dei nuovi contratti di lavoro stipulati e dell'inserimento nelle totalità di contratti di lavoro
<b>Diffusione conoscenza del</b>	Direttore SC Gestione	Inserimento nei contratti di	Monitoraggio	Attestazione degli

<b>Codice di comportamento aziendale a tutti i soggetti in rapporti con la ASST</b>	Acquisiti, Provveditorato Economato; Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale; Direttore SC Sistemi informativi aziendali; Direttore SC Ingegneria Clinica;	appalto (per affidamento di beni/servizi/lavori) di clausole che esplicitano l'impegno del Fornitore a diffondere presso i propri Collaboratori la conoscenza dei principi generali del Codice di comportamento della ASST	sull'avvenuto inserimento nei contratti d'appalto	Uffici interessati rispetto alla totalità dei contratti di appalto sottoscritti
<b>Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale</b>	Direttore SS Formazione e Concorsi	Inserimento nel avviso/bando di indizione procedure selettive della conoscenza di nozioni in merito al Codice di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza		N. di avvisi/bandi con previsione di tale materie di esame, rispetto al N. procedure avviate nel corso dell'anno
Diffusione conoscenza del Codice di comportamento aziendale a tutti i soggetti in rapporti con la ASST	Direttore SC Affari e generali Responsabile SS Libera Professione Marketing Convezioni Ufficio Ricerca		Inserimento in tutte le convenzioni/protocolli/contratti con terzi di clausole che esplicitano l'impegno del terzo a diffondere presso i propri Collaboratori la conoscenza dei principi generali del Codice di comportamento della ASST	Attestazione degli Uffici interessati rispetto alla totalità delle convenzioni/protocolli

### ***n.3. GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI***

#### **3.1. CODICE DI COMPORTAMENTO**

Al Codice di Comportamento dei dipendenti della ASST, ad oggi vigente ed aggiornato al 2024, è allegata l'apposita modulistica relativa alle dichiarazioni sull'insussistenza del conflitto di interessi che vengono acquisite, da parte delle diverse Strutture aziendali competenti, nell'ambito dei procedimenti aziendali dalle stesse gestiti. Ovvero:

- dichiarazione conflitto interessi per consulenti/collaboratori esterni;
- dichiarazione conflitto interessi per Responsabili/incaricati della Struttura destinataria di proposte di donazioni, di erogazioni liberali e di sponsorizzazioni (non a scopo formativo);
- dichiarazione conflitto interessi per RUP/DEC/DL/CCT/ altri incarichi, interni ed esterni, inerenti la gestione di rapporti contrattuali;



- dichiarazione conflitto interessi/incompatibilità per componenti, esterni ed interni, delle Commissioni giudicatrici e dei seggi di gara per procedure di affidamento di appalti indette dalla ASST;
- dichiarazione conflitto di interessi per interni e Dirigenti ai sensi degli artt. 5, 6, 13 del DPR n. 63/2013 e ss.mm.ii;
- comunicazione per tutto il personale in servizio che, nell'ambito della propria attività/mansioni, rilevi la sussistenza di una potenziale situazione di conflitto di interessi.

In aggiunta a quanto sopra, sono previste altre comunicazioni relative all'assenza di conflitto di interessi a cui sono tenuti i soggetti individuati nelle apposite procedure e/o regolamenti aziendali vigenti (a cui si rinvia integralmente), come ad esempio: autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, autorizzazione alla partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati da terzi, nomina a componente di Commissione esaminatrice di procedure selettive del personale, autorizzazione allo svolgimento della libera professione intramuraria e stipula di convenzione con terzi.

## ASST Fatebenefratelli Sacco

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatore
<b>Gestione conflitti di interesse</b>	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	<p>Acquisizione dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di situazioni di conflitto di interesse al momento dell'assegnazione/conferimento incarico o autorizzazione dell'attività/Incarico/convenzione</p> <p>Monitoraggio specifico sull'acquisizione delle dichiarazioni in sede di procedure di affidamenti beni/servizi/forniture/lavori, in particolare per affidamenti diretti</p>		Invio attestazione al RPCT annualmente in ordine all'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni sulla totalità dei procedimenti interessati
<b>Gestione conflitti di interesse</b>	RPCT	Estendere il controllo su situazioni soggette a potenziale insorgenza di conflitto di interessi	<p>Aggiornamento della modulistica in suo in ragione delle novità normative (es. Appalti) e predisposizione di nuova modulistica per ulteriori fattispecie, in occasione dell'adozione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento</p> <p>Monitoraggio su avvenuto recepimento della nuova modulistica da parte delle Strutture interessate</p>		<p>Comunicazione informativa relativa alla nuova modulistica;</p> <p>Acquisizione dell'attestazione dei Dirigenti dell'avvenuto recepimento della modulistica per tutte le procedure di competenza</p>
	RPCT , Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Prevenire l'insorgenza del conflitto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte di tutti i Direttori/Responsabili SC/SS/SSD nominati/rinnovati		Acquisizione dell'100% delle dichiarazioni rispetto al numero di nomine/rinnovi incarichi effettuati nell'anno
<b>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi</b>	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Monitoraggio dei casi di astensione obbligatori	Rendicontazione in ordine a casi di conflitto rilevati, dichiarati o segnalati, indicando Nr. casi per Struttura		Invio rendicontazione al RPCT semestrale

### 3.2. CAMERE MORTUARIE

Nell'ambito delle aree specifiche di rischio individuate dall'ANAC per il settore sanità, in accordo con le Direzioni Mediche Sanitarie dei vari Presidi Ospedalieri della ASST, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 110 del 31.01.2019 una Regolamentazione unica in riferimento alla gestione delle Camere mortuarie, al fine di rendere omogenea in ambito aziendale la gestione dei processi coinvolti e di prevenire il rischio di conflitto di interessi e di abusi degli operatori sanitari nell'ambito della procedura di gestione del decesso intraospedaliero.

Nel corso del 2021, alla luce delle modifiche apportate al *“Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di sanità”* della Regione Lombardia, nonché della necessità di prevedere specifiche procedure afferenti alla gestione delle salme infette dal virus COVID-19, in conformità alle evoluzioni normative in materia, si è ritenuto opportuno adeguare il testo del vigente *“Regolamento aziendale per i decessi intraospedalieri e per l'accesso alle camere mortuarie della ASST Fatebenefratelli Sacco”*. L'aggiornamento del testo del Regolamento in questione e della modulistica allegata, curato congiuntamente dalle Direzioni Mediche di Presidio della ASST Fatebenefratelli Sacco con il supporto della SC Medicina Legale e del RPCT, è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1815 del 17.12.2021 (pubblicato in Amministrazione trasparente [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali))

Annualmente viene effettuato dal RPCT il monitoraggio rispetto alla attuazione delle misure preventive, previste nel regolamento aziendale.

### 3.3 SPONSORIZZAZIONI EVENTI FORMATIVI INDIVIDUALI

Atteso che il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza nel settore della tutela della salute in grado di influenzare le decisioni cliniche, facendo seguito al rilievo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in ordine alla necessità di regolamentare i comportamenti dei soggetti coinvolti in attività formative esterne all'Azienda e sponsorizzate da soggetti privati, la ASST ha adottato – con Deliberazione n. 1651 del 20.12.2018 e parzialmente rettificato con Deliberazione n. 195 del 14.02.2019 – il *“Regolamento aziendale per la partecipazione individuale ad eventi formativi esterni finanziati da soggetti privati”* (pubblicato in Amministrazione trasparente [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali)) volto a disciplinare le procedure interne che i vari Uffici coinvolti devono seguire ai fini dell'autorizzazione dei dipendenti a partecipare, in qualità di discenti/uditori, ad eventi formativi esterni all'Azienda sponsorizzati da società private al fine di prevenire l'eventuale insorgere di situazioni a rischio.

Vengono, infatti, individuati gli strumenti, finalità e condizioni necessarie per la corretta gestione delle sponsorizzazioni individuali, garantendo che le predette attività siano conformi ai principi di correttezza,

efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa, nonché siano volte a contrastare fenomeni corruttivi e impedire la sussistenza di ipotesi di conflitto di interessi.

Al fine di migliorare la gestione dei processi e il coordinamento tra i vari Uffici coinvolti, è stato approvato – con Deliberazione n. 183 del 13.02.2025 – l'**aggiornamento del regolamento**, su proposta del RPCT ed in accordo con la SS Formazione e Concorsi e con la SC GS Risorse Umane.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Controllo su sponsorizzazioni individuali per eventi formativi esterni</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane RPCT	Garantire la correttezza, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa Evitare che potenziali conflitto di interessi si trasformino in comportamenti illeciti	Adozione regolamento aziendale disciplinante le procedure per l'autorizzazione alla partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati; Approvazione della revisione del regolamento aziendale vigente ed aggiornamento della modulistica		Publicazione intranet e Amministrazione Trasparente
<b>Controllo su sponsorizzazioni individuali per eventi formativi esterni</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi	Garantire la correttezza, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa Evitare che potenziali conflitto di interessi si trasformino in comportamenti illeciti	Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del dipendente		Attestazione dell'Ufficio di avvenuta acquisizione delle dichiarazioni per tutte le autorizzazioni concesse
<b>Monitoraggio sulle procedure di autorizzazione alle sponsorizzazioni individuali</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi	Garantire la correttezza, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa Evitare che potenziali conflitto di interessi si trasformino in comportamenti illeciti	Predisposizione del file di rendicontazione sulle sponsorizzazioni pervenute, autorizzate e rigettate		Invio della rendicontazione a consuntivo al RPCT annualmente

#### n. 4. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)

L'ASST assicura l'effettiva attuazione della normativa sulla tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio lavoro, con le necessarie forme di tutela dell'anonimato, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato.

La ASST aveva adottato una procedura aziendale *ad hoc* per la segnalazione di condotte illecite e irregolarità (*Whistleblowing policy*) approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 416 del 25.05.2016 (pubblicata in Amministrazione Trasparente) ed attivato un indirizzo di posta elettronica riservata, accessibile solo al RPCT.

Con deliberazione n. 1773 del 28.12.2023, su proposta del RPCT e previa informativa sindacale, è stato approvato il *Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e tutela del segnalante*, come revisione della policy aziendale vigente in materia di whistleblowing, dando attuazione alle disposizioni del D.Lgs. n. 24/2023 recante "*Attuazione della direttiva (UE)2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.*", che ha abrogato, a partire dal 15/07/2023, l'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001, l'art. 6, commi 2-ter e 2-quater del D.lgs. 231/2001 e l'art. 3 L. 179/2017, alla luce anche delle Linee Guida adottate da ANAC con Delibera n. 311 del 12/07/2023.

La recente normativa nazionale ha innovato la materia ampliando sia il novero delle persone fisiche che devono essere protette per le segnalazioni, denunce, divulgazioni pubbliche, sia l'oggetto di segnalazioni/denunce/divulgazioni, nonché le misure di tutela previste per il whistleblower; ha inoltre previsto l'attivazione di un nuovo canale digitale per le segnalazioni interne, ulteriore ai canali interni già operativi e un canale esterno digitale di ANAC per la comunicazione di tutti i casi di ritorsioni, già verificate o tentate o minacciate.

La gestione delle segnalazioni interne, e dei canali interni attivati, è affidata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che agirà nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza mediante i canali di segnalazione istituiti, tra i quali quello digitale operativo mediante l'utilizzo della piattaforma digitale di WhistleblowingPA.

[Tutta la documentazione ed i link per l'invio delle segnalazioni sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione-60/whistleblowing-policy-86](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione-60/whistleblowing-policy-86)

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Whistleblowing</b>	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale sulle segnalazioni ricevute	Invio a Regione Lombardia annualmente entro i termini fissati
<b>Gestione delle segnalazioni</b>	RPCT	Efficacia e trasparenza dell'attività	Adozione regolamentazione aziendale in attuazione del D.Lgs. n. 24/2023, in aggiornamento alla pregressa policy vigente; Attivazione piattaforma digitale per segnalazioni WhistleblowingPA	Approvazione del regolamento nel 2023 e pubblicazione su AT
<b>Diffusione della policy aziendale</b>	RPCT	Garantire conoscenza dell'istituto e della procedura aziendale	Pubblicazione della policy sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente – <i>Prevenzione della Corruzione</i> - e nella intranet aziendale;  Diffusione di apposite comunicazioni informative	Reperibilità dal sito istituzionale e sulla Intranet aziendale

## n.5. ACCESSO CIVICO

L'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, introduce una nuova tipologia di accesso, il c.d. accesso generalizzato, ai sensi del quale *“chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis”*.

Al fine di disciplinare i flussi interni alla ASST per la gestione delle richieste di accesso agli atti documentale, civico e civico generalizzato, con Deliberazione n. 1772 del 28.12.2023 è stato approvato un Regolamento aziendale, in conformità a quanto disposto dalla Legge n. 241/1990, dal D.Lgs. n. 33/2013, dalla Legge n. 24/2017 nonché dalle disposizioni speciali per gli appalti del D.Lgs. n. 36/2023.

Il regolamento e l'annessa modulistica sono pubblicati nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale "Altri contenuti – Accesso civico" <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-accesso-civico-61/accesso-civico-102>

L'accesso generalizzato si aggiunge all'accesso civico, già disciplinato dal comma 1 dell'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, e all'accesso agli atti documentale regolamentato dalla Legge n. 241/1990, configurandosi così nel quadro normativo tre modalità di accesso agli atti della PA:

	Accesso documentale (accesso agli atti)	Accesso civico a dati da pubblicare	Accesso civico generalizzato
Normativa di riferimento	Legge n. 241/1990 artt. 22 ss.	D. Lgs. n. 33/2013 art. 5, comma 1	D. Lgs. n. 33/2013 art. 5, comma 2 e art. 5-bis
Istante legittimato	ai soggetti titolari di uninteresse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è stato richiesto l'accesso	chiunque può esercitarlo	chiunque può esercitarlo
Oggetto dell'istanza di accesso	documenti amministrativi: sono accessibili i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'articolo 24 della L. n. 241/90. Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.	atti, documenti e informazioni soggetti all'obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, di cui sia stata omessa la pubblicazione	sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.
Necessità di motivare la richiesta	si	no	no
Risposta motivata	si, solo nei casi di diniego, differimento, limitazione	si, solo nei casi di diniego per dati non soggetti a pubblicazione obbligatoria	si, solo nei casi di diniego, differimento, limitazione

	Accesso documentale (accesso agli atti)	Accesso civico a dati da pubblicare	Accesso civico generalizzato
<b>Coinvolgimento controinteressati (eventualmente individuati)</b>	Si	No	si
Ricorso al giudice amministrativo	Si	Si	Si
Organismo con funzioni consultive o di deflazione del contenzioso	Autorità sostitutiva Difensore Civico competente territorialmente	Autorità sostitutiva Difensore Civico competente territorialmente	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; Difensore Civico competente territorialmente



Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Gestione flussi di accesso alla documentazione della ASST</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali e Direttori/ Responsabili Strutture destinatarie di istanze di accesso agli atti non sanitari (documentali e generalizzate)	Garantire l'evasione delle richieste di accesso alla documentazione della ASST	Rendicontazione da parte delle varie Strutture amministrative sulle richieste di accesso agli atti gestite e trattate, al fine della costituzione del registro unico aziendale degli accessi		Invio semestrale al RPCT del registro interno di ciascuna Struttura
<b>Trasparenza</b>	RPCT	Adempimento normativo	Pubblicazione del registro degli accessi delle varie Strutture della ASST nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente		Pubblicazione semestrale del registro degli accessi
<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali e Direttori/ Responsabili Strutture destinatarie di istanze di accesso agli atti (documentali e generalizzate)  RPCT	Garantire il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per l'evasione delle istanze di accesso		Rendicontazione semestrale al RPCT	Rispetto delle tempistiche di legge sul 100% delle pratiche

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Diffusione della procedura aziendale per la gestione delle richieste di accesso alla documentazione della ASST</b>	SC Affari generali e legali	Formalizzazione della procedura interna aziendale	Adozione del Regolamento aziendale in materia di accesso agli atti; Diffusione dei contenuti del nuovo Regolamento aziendale; Supporto per sopravvenuti aggiornamenti normativi		Adozione del Regolamento aziendale nel 2023; Inoltro informative alle Strutture interessate dagli aggiornamenti e tenute alla applicazione della normativa
	Privacy manager/DPO	Garantire il rispetto delle procedure interne in materia di privacy		Inoltro informative in materia di privacy alle Strutture interessate dagli aggiornamenti e tenute alla applicazione della normativa	Rendicontazione annuale al RPCT

## n.6. FORMAZIONE

La Legge n. 190/2012 configura la formazione del personale come strumento fondamentale per la lotta al rischio corruttivo nell'azione della Pubblica Amministrazione.

Inoltre, la ASST ha adottato con Delibera n. 814 del 22.07.2020 una propria procedura interna relativa al Regolamento sulle attività formative al fine di formalizzare la gestione degli eventi formativi dai competenti Uffici, sottoposta a revisione nel corso del 2023 al fine di adeguarla alle nuove previsioni contrattuali degli aggiornati CCNL. La revisione del Regolamento è stata approvata con Deliberazione n. 1612 del 18.12.2023, reperibile nella sezione di "Amministrazione Trasparente" <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali>

Nel corso del 2025 sono stati organizzati due eventi formativi rivolti al personale amministrativo e sanitario, anche appartenente alla Dirigenza, in materia di "Etica e Codice di Comportamento" e due eventi in materia di prevenzione del rischio corruttivo nel settore degli appalti pubblici

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Formazione</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Promuovere eventi formativi sull'Etica e Codice di Comportamento		Nr. eventi mirati all'anno
<b>Formazione</b>	RPCT		Promuovere la partecipazione ad eventi formativi mirati alla prevenzione della corruzione	Incrementare l'erogazione degli eventi mirati alla prevenzione della corruzione nelle aree a maggior rischio, soprattutto nel settore degli appalti pubblici	Nr. eventi proposti nel triennio
<b>Formazione</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi		Erogazione annuale di eventi formativi sull'etica e aggiornamento Codice di Comportamento		Nr. eventi erogati per anno

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Formazione</b>	Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice	Diffondere la conoscenza della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Adesione ad eventi formativi organizzati da Regione Lombardia	Incrementare la partecipazione ai corsi formativi da parte del personale delle Strutture dei settori maggiormente esposti a rischio	Nr. Dipendenti aderenti agli eventi per Struttura
<b>Formazione</b>	Responsabile SS Formazione e Concorsi Privacy Manager	Diffondere la conoscenza della normativa su Accesso agli atti in rapporto al settore sanitario		Erogazione evento per dipendenti degli Uffici destinatari delle istanze di accesso, con focus in materia di privacy	Programmazione corsi nel triennio 2026-2028

## n.7. CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali, in conformità alla normativa di riferimento, la ASST ha adottato – con deliberazione del Direttore Generale n. 419 del 29.03.2018 - il “Regolamento in materia di incarichi ed attività extraistituzionali per il personale dipendente ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 e s.m.”, in sostituzione del precedente regolamento aziendale del 25.10.2017. Nel corso del 2021 si è proceduto all’aggiornamento del predetto regolamento con Deliberazione n. 961 del 6.07.2021 pubblicato in “Amministrazione Trasparente” [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali)

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Diffusione della procedura aziendale e degli obblighi del dipendente</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Rispetto delle modalità di svolgimento dell’attività extra-istituzionale autorizzata	Aggiornamento del Regolamento aziendale 2021	Adozione aggiornamento del Regolamento aziendale
<b>Monitoraggio della procedura aziendale</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Rispetto delle modalità di svolgimento dell’attività extra-istituzionale autorizzata	Condivisione dei dati rispetto agli incarichi extraistituzionali con altre Strutture (Formazione), al fine di verificare l’eventuale sussistenza di rapporti discendenti dalla partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati	Attestazione dei rispettivi Uffici in merito alla condivisione periodica dei dati
<b>Controlli sulle incarichi extra-istituzionali</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Rispetto delle modalità di svolgimento dell’attività extra-istituzionale autorizzata	Controlli periodici sul rispetto dei presupposti per il rilascio delle autorizzazioni come previsto dal Regolamento.	Nr. pratiche verificate a campione e Nr. irregolarità rilevate sul campione

## n.8. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI.

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità ed incompatibilità. Per l’applicazione dell’istituto nel settore Sanità si rinvia alle interpretazioni dell’ANAC sugli incarichi della Direzione Strategica e sugli incarichi apicali dell’area amministrativa/tecnica/professionale.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane  RPCT	Verificare sussistenza eventuali incompatibilità/ inconfiribilità  <u>Direzione Strategica</u>	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive dei Direttori nominati e pubblicazione in Amministrazione Trasparente:  - all'atto di nomina per la dichiarazione di inconfiribilità  - annualmente per la dichiarazione di incompatibilità	Pubblicazione sul sito web sezione Amministrazione Trasparente
<b>Dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Verificare sussistenza eventuali incompatibilità/ inconfiribilità  <u>Direzione Strategica</u>	controlli sul casellario penale in ordine alla sussistenza di condanne per reati contro al PA	Attestazione dell'Ufficio in ordine agli esiti dei controlli effettuati sul casellario penale in ordine alla insussistenza di condanne per reati contro la PA
<b>Dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane/RPCT	Verificare sussistenza eventuali incompatibilità/ inconfiribilità  <u>Incarichi dirigenziali</u>	Acquisizione tempestiva delle dichiarazioni sostitutive da Dirigenti al conferimento/rinnovo incarico di Direttore/Responsabile di SC/SS/SSD	Pubblicazione della totalità incarichi conferiti su Amministrazione Trasparente
	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	<u>Direttori/Responsabili SC/SS ruoli amministrativi/</u>  <u>tecnici/</u> <u>professionali</u>	Controllo casellario giudiziario alla nomina ed in sede di rinnovo incarichi	Nr dichiarazioni sostitutive acquisite e controllate rispetto agli incarichi conferiti/rinnovati
	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Garantire la legittimità degli incarichi conferiti	Segnalazione tempestiva di eventuali ipotesi di inconfiribilità/incompatibilità di incarichi al RPCT	Nr segnalazioni effettuate rispetto al nr di anomalie/casi riscontranti in sede di controlli

## n.9. ROTAZIONE

La rotazione **ordinaria** del personale addetto alle aree a rischio è una delle diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Si tratta di una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Il ricorso alla rotazione deve considerarsi in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo da cui possano discendere inefficienze e malfunzionamenti dell'attività amministrativa.

Come specificato dall'ANAC in materia di rotazione degli incarichi, l'applicazione della misura della rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.

Occorre tenere in considerazione infatti che in Sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari, in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni istituzionali. Ciò rileva in particolare per i ruoli sanitari e medici, caratterizzati da specializzazioni professionali non interscambiabili, ma anche da alcuni incarichi di dirigenza nei ruoli amministrativi e/o tecnici (PTA) che richiedono competenze specifiche in materie diversificate o addirittura titoli professionali.

Alla luce di quanto sopra, ove non sia possibile utilizzare la rotazione programmata, l'Amministrazione opera scelte organizzative ed adotta le seguenti **misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi**:

- la previsione da parte del singolo dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, evitando così l'isolamento di certe mansioni a singoli soggetti;
- la creazione all'interno delle Strutture Complesse di Strutture semplici, o nomina di incarichi dirigenziali (sia per ruolo sanitario che amministrativo) e individuazione di soggetti con incarichi di funzione (ex CCNL Comparto), quali misure volte a garantire la suddivisione tra soggetti diversi delle competenze di vertice afferenti agli Uffici ed un potenziale controllo/condivisione delle procedure, discendente dalla sussistenza del rapporto gerarchico, tali da impedire l'accentramento di tutte le attività dell'Ufficio in capo ad un unico Dirigente;
- l'articolazione delle competenze (c.d. "segregazione delle funzioni"), soprattutto in aree esposte a rischio, con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti; b)



adozione di decisioni; c) attuazione delle decisioni prese; d) effettuazione delle verifiche, al fine di garantire anche il monitoraggio delle attività svolte da soggetti coinvolti nell'iter amministrativo.

Come previsto dall'ANAC nel PNA, l'attuazione della misura della rotazione ordinaria è rimessa all'autonoma programmazione delle amministrazioni in modo che sia adattata alla concreta situazione dell'organizzazione e degli uffici e, pertanto, in accordo con la Direzione Strategica, si procedere a garantire l'attuazione delle sopracitate misure, in base anche all'evoluzione dell'assetto organizzativo aziendale, al fine di prevenire e limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa.

Si precisa che, dalla costituzione della ASST ad oggi, il processo di riforma del SSR ha comportato delle concrete variazioni nell'assetto organizzativo che hanno contrastato il consolidarsi di relazioni improprie nei settori a maggior rischio. A ciò si aggiunge che nel corso degli ultimi anni, a seguito di cessazioni e di atti di ottimizzazione organizzativa aziendale, è stata di fatto effettuata una rotazione di diversi titolari di incarichi dirigenziali dei settori amministrativi dell'Azienda (Struttura Formazione e Concorsi, Struttura Tecnico-Patrimoniale, Struttura Provveditorato-Economato) afferenti alle cd "aree a rischio", nonché sono stati conferiti nuovi incarichi dirigenziali all'interno delle Strutture maggiormente a rischio, a supporto dei rispetti Direttori/responsabili.

Infine, a decorrere da fine 2022, è in atto una riorganizzazione aziendale determinata dall'approvazione del nuovo POAS 2022-2024 nonché dall'attuazione della riforma sanitaria Regionale, di cui alla Legge Regionale n. 22/2021, che ha comportato il trasferimento di nuove competenze e di Dipartimenti in capo alla ASST. In particolare, si rileva l'innovativa organizzazione del settore Territoriale caratterizzato dall'istituzione dei Distretti di Municipi di afferenza della ASST e dai nuovi incarichi conferiti nel corso del 2024.

Per quanto riguarda la **rotazione straordinaria** l'Azienda procede ad applicare, ad eventuali casi concreti, quanto previsto dalla normativa di riferimento e dalle Linee guida ANAC e ad avviare l'attività volta ad individuare le procedure interne per garantire la migliore applicazione dell'istituto, quale misura preventiva volta a tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali.

Per quanto attiene l'applicazione della misura, la ASST rinvia alle linee guida dell'ANAC, di cui alla Delibera n. 215/2019 e n. 345/2020, in cui si individuano i reati presupposto, le modalità di svolgimento del procedimento, i soggetti tenuti all'adozione del provvedimento, le misure alternative alla rotazione, ove non sia concretamente attuabile. Resta fermo il parere del RPCT, in ordine all'opportunità della rotazione, da rendere all'organo tenuto all'adozione del provvedimento che decide sull'applicazione della misura al caso concreto. Nell'ultimo biennio non è emerso alcun caso per cui sia proceduto all'applicazione delle predette previsioni.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Rotazione del personale e segregazione delle funzioni</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane Dirigenti Responsabili di Strutture	Impedire accentramento delle funzioni/attività in capo a pochi e la discrezionalità del singolo	Garantire la rotazione di incarichi nelle aree a rischio fungibili e attuare la segregazione delle funzioni	Nr. variazioni dirigenti nel triennio nelle aree a rischio  Rendicontazione annuale al RPCT
<b>Rotazione straordinaria del personale</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane  RPCT	Impedire cautelativamente il reiterarsi di eventi corruttivi	Applicazione della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera I-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 o misure alternative	Rendicontazione annuale dei casi eventuali emersi e dei provvedimenti adottati

#### n.10. LA GESTIONE DEL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO

Nell'ambito delle aree specifiche di rischio individuate dall'ANAC per il settore sanità, l'ASST Fatebenefratelli Sacco ha adottato - con deliberazione del Direttore Generale n. 110 del 31.01.2019 – il *“Regolamento aziendale per i decessi intraospedalieri e per l'accesso alle Camere mortuarie”*, in accordo con le Direzioni Mediche Sanitarie dei vari Presidi Ospedalieri della ASST (Fatebenefratelli e M. Melloni, L. Sacco e V. Buzzi), al fine di rendere omogenea in ambito aziendale la gestione dei processi coinvolti e di prevenire il rischio di conflitto di interessi e di abusi degli operatori sanitari nell'ambito della procedura di gestione del decesso intraospedaliero.

Tale procedura è stata oggetto di aggiornamento, anche al fine di prevedere specifiche procedure afferenti alla gestione delle salme infette dal virus COVID-19, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1815 del 17.12.2021 (pubblicata in Amministrazione trasparente([https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali) )

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Gestione del decesso intraospedaliero</b>	Direttori SC DMP RPCT Direttore SC Medicina Legale	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi successivi al decesso intraospedaliero	Adozione Regolamento aziendale per accesso alle camere mortuarie ed aggiornamento 2021	Adozione aggiornamento regolamento aziendale
<b>Gestione del decesso</b>	Direttori SC DMP	Prevenire il rischio di	Informativa specifica al	Rendicontazione

intraospedaliero	Direttore SC DAPSS Polo Ospedaliero e Polo Territoriale	conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi successivi al decesso intraospedaliero	personale addetto alle camere mortuarie	annuale delle DMP al RPCT su formazione addetti
<b>Gestione del decesso intraospedaliero</b>	Direttori SC DMP	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi successivi al decesso intraospedaliero	Predisposizione del registro delle imprese incaricate dagli aventi diritto ed invio semestrale agli Uffici regionali competenti;  Informativa per gli utenti, per gli operatori delle imprese funebri e per i dipendenti in ordine alle regole di comportamento attraverso cartellonistica e apposita modulistica;  Report annuale sul registro delle imprese di pompe incaricate funebri ed eventuali segnalazioni presentate da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori	Rendicontazione annuale al RPCT

#### n.11. CLAUSOLA DI DIVIETO DI PANTOUFLAGE

La misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001 ai sensi del quale *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma 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 e accertati ad essi riferiti."*

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente che, durante il periodo di servizio, potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è volto, allo stesso tempo, a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio,

qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Con Delibera n. 493 del 25.09.2024 l'ANAC ha emanato le Linee guida n.1 in tema di c.d. *divieto di pantouflage*, dove vengono forniti indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di pantouflage, al fine di affinare le indicazioni già elaborate in passato e di orientare meglio le amministrazioni/enti nella individuazione di misure di prevenzione del pantouflage. Le Linee Guida sono da intendersi come integrative di quanto indicato nella sezione appositamente dedicata nel PNA 2022.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Clausola di divieto di pantouflage</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento nei contratti di Direttore/Responsabile SC/SS/SSD della clausola di presa visione del divieto di pantouflage		Attestazione annuale dell'Ufficio al RPCT circa l'avvenuto inserimento nella totalità dei nuovi contratti di incarico

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Dichiarazione di divieto di pantouflage per ex dipendenti</b>	Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Sottoscrizione da parte del dipendente con incarico di Direttore/Responsabile SC/SS/SSD di una dichiarazione sostitutiva al momento della cessazione del servizio o dell'incarico, con la quale si impegna al rispetto del divieto di pantouflage	Avviare verifiche a campione nei confronti di dipendenti cessati che non hanno rilasciato la dichiarazione	Nr. di dichiarazioni acquisite rispetto al Nr. di cessazione dell'anno

<b>Clausola di divieto di pantouflage</b>	Direttore SC Gestione Acquisiti, Provveditorato Economato Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale Direttore SC Sistemi informativi aziendali Direttore SC Ingegneria Clinica	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento della clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione beni e servizi e di affidamento di lavori		Nr. di procedure in cui è inserita la clausola rispetto al Nr. di procedure avviate nell'anno
---	--	---	---	--	---

## n.12. PATTI DI INTEGRITÀ

Il Patto di integrità è 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 Patto di Integrità costituisce parte integrante dei contratti stipulati dalla Regione Lombardia e dai soggetti del Sistema Regionale di cui all'All. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006 n. 30. L'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico.

Come previsto dall'Allegato della DGR n. XII/3599 del 16.12.2024 - con la quale è stato approvato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali", in sostituzione del precedente - tale condizione deve essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere d'invito.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Patto di integrità</b>	Direttore SC Gestione Acquisiti Provveditorato Economato Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale Direttori SC Sistemi informativi aziendali Direttore SC Ingegneria Clinica	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità	Nr. di procedure in cui è inserita la clausola rispetto al Nr. di procedure avviate nell'anno

### n.13. CONFERIMENTO E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI AREA MEDICA, SANITARIA E PTA

In conformità a quanto suggerito dall'ANAC, è stato predisposto il Regolamento aziendale disciplinante le procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali al personale della dirigenza Medica, Sanitaria e Professioni sanitarie con la finalità di garantire la massima trasparenza sui criteri e procedure che determinano il conferimento dei incarichi dirigenziali. Il Regolamento è stato adottato con Deliberazione n. 208 del 13.02.2025 (pubblicato in Amministrazione trasparente [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali)).

E' inoltre in vigore il Regolamento aziendale per la graduazione degli incarichi dirigenziali della ASST, approvato con Deliberazione n. 1048/2017 sempre consultabile in Amministrazione Trasparente.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatore
<b>Regolamenti per incarichi dirigenziali</b>	Direttore SC Gestione delle Risorse Umane	Trasparenza sui criteri e procedure che determinano il conferimento degli incarichi dirigenziali	Adozione del Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area medica, sanitaria e professioni sanitarie Adozione regolamento aziendale per graduazione incarichi dirigenziali	Valutazione aggiornamento del regolamento di graduazione degli incarichi dirigenziali per eventuali integrazioni	Pubblicazione regolamenti in Amministrazione Trasparente

### n.14. GESTIONE CONTENZIOSO LEGALE

Per quanto concerne **la gestione delle richieste di risarcimento danni nell'ambito della responsabilità civile verso terzi e verso prestatori** dell'ASST Fatebenefratelli Sacco è stata predisposta e adottata - con Deliberazione n. 809 del 25.06.2018 - la procedura aziendale *ad hoc* che realizza il coinvolgimento di più Strutture in una logica di sviluppo multidisciplinare dei processi di gestione delle attività istituzionali, soprattutto se a carattere trasversale. La procedura è stata oggetto di revisione (approvata con Deliberazione n. 486 del 24.03.2022) per formalizzare anche il coordinamento con la SC Medicina Legale e con le altre funzioni aziendali coinvolte nel processo di gestione dei sinistri e del rischio clinico.

Alla luce del Decreto n. 15406 del 27.10.2022 di Regione Lombardia - Giunta Direzione Generale Welfare di adozione delle *“Linee di indirizzo per l’armonizzazione della gestione dei sinistri”*, la procedura è stata nuovamente revisionata ed approvata con Deliberazione n. 1275 del 29.09.2023, pubblicata in Amministrazione trasparente (<https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali> ).

In conformità alle indicazioni regionali è stato costituito il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) aziendale per la valutazione dei sinistri di valore superiore alla SIR nonché il Gruppo di lavoro Multidisciplinare Interno all’Azienda (GMI) per l’esame dei sinistri sotto SIR, le cui composizioni sono state aggiornate con Deliberazione n. 1011 del 12.07.2024 a seguito dell’entrata in vigore (16.03.2024) del DM 15.12.2023 n. 232, decreto attuativo della Legge n. 24/2017 Gelli Bianco, che ha reso obbligatoria la configurazione del CVS nella composizione minima di seguito indicata:

- medicina legale
- perito (loss adjuster)
- avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell’ufficio aziendale incaricato per la gestione dei sinistri;
- gestione del rischio (risk management).

In considerazione della normativa intervenuta e in ossequio alla stessa, l’ASST ha proceduto pertanto ad un opportuno aggiornamento della composizione del CVS e del GMI.

In riferimento, invece, al conferimento di incarichi per l’attività **di patrocinio e di pareristica legale**, ai sensi dell’art. 17 del D.lgs. 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i., nell’interesse della ASST Fatebenefratelli Sacco nonché dei suoi dipendenti nei casi previsti dalla contrattazione collettiva, in ragione delle indicazioni fornite dall’ANAC con le Linee Guida n. 12 del 24 ottobre 2018 sull’affidamento dei servizi legali, è stato formalmente istituito un elenco avvocati con Deliberazione n. 145 del 10.12.2019, pubblicato sul sito web istituzionale ed è soggetto ad aggiornamento semestrale (<https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/consulenti-e-collaboratori-17/albo-avvocati-188> ).

Inoltre, nel 2022 è stata approvata - con Deliberazione n.1055 del 15.07.2022- la *“Procedura che disciplina i rapporti tra la ASST Fatebenefratelli Sacco ed i professionisti legali esterni che assumono il patrocinio dell’ente in giudizio o che sono incaricati da quest’ultimo della difesa degli interessi della ASST in sede di contenzioso stragiudiziale”* (pubblicata in <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali> ).

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatore
<b>Elenco avvocati</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali	Trasparenza delle procedure di conferimento di incarichi di patrocinio legale Rotazione nell'attribuzione incarichi	Formazione di un elenco di avvocati Adozione procedura per gestione rapporti con legali esterni incaricati di patrocinio dell'ente		Pubblicazione dell'elenco avvocati ed aggiornamento semestrale
<b>Trasparenza</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali	Trasparenza delle procedure di conferimento di incarichi di patrocinio legale	Pubblicazione degli incarichi di patrocinio legale e CTP conferiti.		Pubblicazione trimestrale nella sezione Amministrazione trasparente
<b>Formalizzazione iter per gestione sinistri</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali	Trasparenza delle procedure di gestione delle richieste di risarcimento	Adozione della procedura aziendale ed aggiornamento della stessa nel 2023	Revisione procedura sinistri in recepimento delle nuove linee guida regionali previste per l'anno 2026	Pubblicazione annuale dei dati inerenti il risarcimento dei danni
<b>Formalizzazione iter per gestione sinistri</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali Direttori SC delle DMP Direttore SC Qualità e Risk Management Direttore SC Medicina Legale	Valutazione delle richieste da parte di un gruppo multidisciplinare	Costituzione e convocazioni dei CVS e GMI Attuazione dell'aggiornamento sulla composizione di CVS/GMI		Nr CVS/GMI all'anno

#### n.15. GESTIONE DEI CREDITI

Al fine di effettuare una puntuale ricongiunzione delle situazioni creditorie nonché una conseguente efficiente gestione del recupero delle stesse, la ASST ha ritenuto opportuno disciplinare le attività di gestione e recupero dei crediti aziendali elaborando un regolamento *ad hoc* che, a seguito di confronto con tutte le unità Operative coinvolte nei processi in argomento, è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 546 del 9.05.2019.

Il Regolamento si applica alla gestione dei crediti derivati da rapporti della ASST Fatebenefratelli Sacco con privati, con società o altre persone giuridiche e, laddove non diversamente declinato dalle leggi nazionali e

regionali in materia, con Enti Locali e Amministrazioni Pubbliche in genere. Le principali tipologie di crediti gestiti dalle diverse articolazioni organizzative aziendali, come illustrate nel predetto Regolamento, possono essere distinte in tre categorie principali: Crediti per prestazioni sanitarie; Crediti per prestazioni sanitarie diverse; Crediti amministrativi.

Altresì, con Deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 9.05.2019 è stata sottoscritta un'apposita "Convezione per la gestione delle attività di riscossione, spontanea e coattiva, dei crediti vantati dalla ASST Fatebenefratelli Sacco nei confronti dei terzi ad Agenzia delle Entrate- Riscossione", al fine di procedere al recupero dei crediti esigibili per prestazioni sanitarie ordinarie e per crediti amministrativi non riscossi. Di recente, con deliberazione n. 1543 del 5.12.2024, la predetta Convezione è stata ulteriormente rinnovata fino al 31 dicembre 2027. Entrambi pubblicati in "Amministrazione trasparente" ([https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali))

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Gestione dei crediti</b>	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità Direttore SC Area Accoglienza - CUP aziendali Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Garantire la piena tracciabilità dei crediti per "prestazioni sanitarie ordinarie" e del recupero degli stessi	Applicazione della apposita procedura aziendale		Attestazione relativa al monitoraggio e all'avvio delle procedure per il recupero crediti emersi

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Gestione dei crediti</b>	Tutti di Direttori/Responsabili delle Strutture responsabili di eventuali crediti	Garantire l'efficacia gestione dei crediti e la tempestiva attivazione del relativo recupero per "prestazioni sanitarie diverse" e per "crediti amministrativi"	Verifica periodica sulle eventuali posizioni creditorie derivati da procedimenti/rapporti di competenza della UO e Monitoraggio sulle procedure di recupero eventualmente attivate		Attestazioni di avvenuto monitoraggio delle posizioni creditorie aperte per ciascuna Struttura



<b>Gestione pre-coattiva e coattiva dei crediti</b>	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità  Direttore SC Area Accoglienza - CUP aziendali  Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali  Direttore SC Affari Generali e legali	Garantire la corretta gestione dei crediti maturati all'Ente preposto	Applicazione della Convenzione stipulata con Agenzia delle Entrate		Nr. Procedure attivate per Nr. Crediti pendenti
---	---	---	--	--	---

## n.16. LE MISURE ANTIRICICLAGGIO

Il Decreto Legislativo n. 90/2017, all'articolo 10, dispone che le pubbliche amministrazioni comunichino all'Unità d'Informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, per consentire lo svolgimento di analisi finanziarie finalizzate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Gli ambiti rispetto ai quali le disposizioni della normativa si applicano alle pubbliche amministrazioni sono i seguenti:

- Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche e enti pubblici e privati.

L'ASST, in ossequio alla disposizione normativa richiamata, ha individuato e nominato con atto formale - Deliberazione del Direttore Generale n. 584 del 22.05.2019 - il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette della ASST, accreditato presso al UIF, nella persona del dott. Carlo Valentini, Direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

In conformità alle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo, il RPCT, in collaborazione con la Direzione Strategica aziendale e con il Gestore delle operazioni sospette delle ASST, ha predisposto la procedura interna aziendale allo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte dei propri Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico finanziarie che, per la presenza di caratteristiche/elementi particolari, possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;

- definire il percorso interno, individuando i soggetti/livelli di azione e di responsabilità, al fine di contrastare il fenomeno del riciclaggio supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione.

Il predetto Regolamento aziendale è stato poi adottato con Deliberazione n. 204 del 12.02.2021 (pubblicato [https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-regolamenti-aziendali) ) ed è rivolto alle strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, nonché a quelle strutture che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni, identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione (siano essi persone fisiche o giuridiche).

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da intraprendere	Indicatori
<b>Gestione segnalazioni sospette</b>	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità – Gestore delle segnalazioni sospette Direttori/Responsabili SC/SS coinvolti nel flusso di operazioni finanziarie	Garantire trasparenza delle operazioni finanziarie sospette e prevenzione del rischio eventi di riciclaggio	Nomina del Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette della ASST	Implementare la formazione dei soggetti coinvolti e del responsabile antiriciclaggio	Nr personale partecipante delle Strutture agli eventi proposti
<b>Gestione segnalazioni sospette</b>	RPCT E Gestore delle segnalazioni sospette	Garantire trasparenza delle operazioni finanziarie sospette e prevenzione del rischio eventi di riciclaggio	Adozione di un procedura aziendale per rilevazione e gestione delle operazioni sospette	Aggiornamento indicatori di anomalia e diffusione informativa	Pubblicazione e diffusione su AT

#### n.17. GESTIONE ALPI E LISTE DI ATTESA

Come sottolineato dall'ANAC l'attività libero professionale (specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni) può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.

Pertanto, l'ASST Fatebenefratelli Sacco monitora, attraverso gli Uffici competenti, l'applicazione del "Regolamento aziendale/CCIA per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia" - adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1615 del 20.12.2018 – e provvede a garantire la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni erogate, come previsto dal D.Lgs. n.33/2013, anche mediante l'implementazione delle misure relative all'informatizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni istituzionali e di libera professione. Nel corso del 2022 il predetto regolamento è stato oggetto di un primo aggiornamento nel mese di agosto e poi è stato rettificato/integrato con Deliberazione n. 25 del 5.01.2023 e successivamente aggiornato con Deliberazione n. 890 del 15.06.2023, con Delibera n. 1297 del 10.10.2024, e poi con Delibera n. 836 del 20.06.2025 e n. 1658 del 17.12.2025.

Al fine di garantire il controllo sulle attività svolte in Libera professione intramuraria, nel rispetto dell'apposito Regolamento aziendale, viene determinato annualmente in sede di budget il volume dell'attività istituzionale, prevedendo tra gli obiettivi delle singole Strutture che i volumi dell'attività libero-professionale, complessivamente erogabili, non possano superare quelli istituzionali. A tal fine, trimestralmente viene effettuato un apposito monitoraggio sui volumi dell'attività di LP intramuraria svolta per verificare che non vengano superati i volumi dell'attività istituzionale.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni</b>	Direttore SC Area Accoglienza- CUP aziendali Direttori SC DMP	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa ed implementazione dei dati rispetto alle indicazioni di Regione Lombardia del 2025	Pubblicazione mensile nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente
<b>Trasparenza LP</b>	Direttore SC Area Accoglienza- CUP aziendali Responsabile SS Libera professione, Marketing e Convenzioni	Garantire la piena trasparenza delle prestazioni svolte in LP	Pubblicazione tariffari aziendali per le prestazioni in LP	Pubblicazione sul sito web aziendale e aggiornamento periodico



<p><b>Informatizzazione delle agende di prenotazione di ALPI ambulatoriale</b></p>	<p>Direttore SC Area Accoglienza- CUP aziendali</p> <p>Direttori SC DMP</p> <p>Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali</p>	<p>Evitare favoritismi che eludano le liste di attesa delle prestazioni</p>	<p>Gestione informatizzata delle agende dell'ALPI e ALPIA di tutti i PO</p> <p>Integrazione dei sistemi informativi della gestione dell'ALPI ambulatoriale con i sistemi informativi ambulatoriali istituzionali</p> <p>Adozione applicativo per monitorare la percentuale di no-show delle singole agende di LP e la percentuale di prestazioni erogate senza prenotazione</p>	<p>Totale gestione ALPI mediante unico sistema informativo di prenotazione</p> <p>Rendicontazione RPCT annuale su esiti monitoraggio</p>
--	---	---	---	--

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Monitoraggio svolgimento ALPI</b>	Direttore SC Controllo di Gestione e Flussi	Garantire il corretto svolgimento delle prestazioni in ALPI	Determinazione in sede di budget dei limiti sui volumi della LP intramuraria Monitoraggio trimestrale sui volumi delle attività istituzionali/attività LP intramuraria	Rendicontazione semestrale esiti monitoraggio al RPCT
<b>Monitoraggio svolgimento ALPI</b>	Responsabile SS Libera professione Marketing e Convenzioni  Commissione paritetica per l'Attività Libero professionale intramuraria	Garantire il corretto svolgimento delle prestazioni in ALPI	Adozione Regolamento aziendale ed effettuazione controlli previsti (rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione sui cartellini dei medici autorizzati in LP intramoenia e orario delle accettazioni amministrative delle prestazioni rese in LP).  Aggiornamento del Regolamento Aziendale ALPI 2025	Adozione aggiornamento regolamento aziendale
<b>Monitoraggio su Convenzioni attive per LP</b>		Evitare l'insorgere di conflitti nell'ambito delle convenzioni stipulate tra la ASST ed esterni	Adozione di modulistica per l'autocertificazione della mancanza di conflitto ed effettuazione controlli previsti dal Regolamento aziendale	Attestazione dell'Ufficio al RPCT in ordine all'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni e Nr. controlli effettuati a campione sulle dichiarazioni acquisite

## n.18. AFFIDAMENTO LAVORI, FORNITURE SERVIZI E BENI

Nell'ambito dell'Area Contratti Pubblici, sono state applicate misure specifiche, anche per l'ambito sanitario, volte a prevenire l'eventuale verificarsi di eventi corruttivi, ed in particolare:

- *“Regolamento aziendale per gli acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria - revisione e integrazioni conseguenti all'aggiornamento delle linee guida n. 4 recanti "procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici" approvate da ANAC con deliberazione n. 206/2018”, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 730 del 806.2018, **poi aggiornato con deliberazione n. 634 del 9.05.2024;***
- *“Regolamento aziendale per la nomina delle commissioni giudicatrici nelle procedure di gara per l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 216, comma 12, del d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii”, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 881 del 13.07.2018;*
- *“Regolamento aziendale disciplinante le attività demandate al direttore dell'esecuzione del contratto, le riserve e le contestazioni, la gestione della contabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 50/2016, nelle linee guida ANAC n. 3 e nel D.M. Infrastrutture e Trasporti n. 49/2018”, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1171 del 28.09.2018;*
- *“Regolamento aziendale per l'acquisizione di prodotti e servizi infungibili e/o esclusivi”, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 710 del 17.06.2019, **poi aggiornato con deliberazione n. 636 del 9.05.2024;***
- *“Regolamento commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie” (CVTS), adottato con Deliberazione n. 791 del 17.07.2020;*
- *“Regolamento aziendale recante norme e criteri di costituzione e ripartizione del fondo incentivante per le funzioni tecniche per appalti pubblici di lavori, servizi e forniture di cui all'art. 45 del d. lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii. per contratti pubblici di forniture e servizi”, adottato con deliberazione n. 1181 del 30.10.2020 , adottato **con Deliberazione n. 679 del 15.05.2024;***
- *“Regolamento sulla gestione del parco automezzi aziendali e del servizio autisti”, adottato con deliberazione n. 963 del 12.07.2024.*

Nell'ambito della trasparenza dei contratti pubblici, la ASST ha recepito le indicazioni ricevute dal RPCT di Regione Lombardia relativamente alla **Piattaforma T&T per la Trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture** (di cui alla D.G.R. XI/6605 del 30 giugno 2022),



informando debitamente gli Uffici responsabili del caricamento dei dati e provvedendo alla pubblicazione del link ipertestuale per l'accesso alla piattaforma da parte degli utenti sul sito web istituzione nella sezione *"Bandi e Gare"* di Amministrazione Trasparente. Tale adempimento è ad oggi soppresso in attuazione della Deliberazione N° XII / 2388 del 28/05/2024 della Giunta Regionale, per interoperabilità appalti.

#### **n.18/A IN PARTICOLARE GLI AFFIDAMENTI PREVISTI DAL PNRR E DAL PNC**

L'ASST Fatebenefratelli Sacco, quale destinataria di finanziamenti previsti dal PNRR e dal PNC, rivolge particolare attenzione alla prevenzione di eventi corruttivi rispetto a tali specifici ambiti.

Per tale ragione, in relazione dunque al D.L. n. 77 del 31.05.2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, conformemente a quanto previsto da:

- l'art. 9 – Attuazione degli interventi del PNRR -(in specie comma 3);
- l'art. 48 – Semplificazione in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR e PNC

particolare attenzione sarà dedicata all'attuazione, supervisione e verifica delle procedure di gara (laddove espletata direttamente dall'ASST) ovvero dell'esecuzione delle stesse al fine di perseguire gli obiettivi del piano nazionale di ripresa e resilienza.

In siffatti contesti l'attore principale sarà il R.U.P. (vedasi art. 48 comma 2 del D.L. n. 77/2021), tenuto a maggiori oneri comportamentali, che deve altresì garantire la trasparenza degli atti, dati ed informazioni relativi al PNRR, pubblicando nella apposita pagina del sito web istituzionale dedicata all'attuazione del PNRR, in conformità alle indicazioni del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) – fornite nel documento *"Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR"*, allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022.

Per il resto, alle procedure con risorse PNRR, bandite dopo il 1° luglio 2023 che non prevedono disposizioni derogatorie ai sensi del D.L. n. 77/2021 (c.d. Decreto PNRR), si applicano le previsioni del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (d.Lgs. n. 36/2023).

Al fine di monitorare i finanziamenti PNRR assegnati alla ASST e di coordinare efficientemente le attività da porre in essere per i lavori di ristrutturazione da avviare dal 2024, è stato costituito nel 2023 un apposito **Gruppo di Lavoro tecnico**, denominato *"Gestione Amministrativa Finanziamenti PNRR"*, coordinato dal Direttore della SC Gestione Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e composto da: Direttore della SC Tecnico-Patrimoniale, Direttore della SC Gestione Acquisti, Provveditorato-Economato, Direttore della SC ingegneria Clinica, Direttore della SC Sistemi Informativi Aziendali e da alcuni collaboratori amministrativi

assegnati alle predette SC. Gli incontri del Gruppo si sono svolti con cadenza frequenza programmata e il resoconto circa l'andamento della sua attività, nonché di eventuali criticità emerse e/o di risultati raggiunti, sono state regolarmente relazionate alla Direzione Amministrativa. E' stata peraltro adottata un'istruzione operativa relativa a *“Organizzazione e definizione delle attività della struttura di controllo per l'attuazione e governo degli interventi finanziati con fondi PNRR e PNC”* al fine di individuare un adeguato sistema di controlli in merito alle misure del PNRR per gli appalti relativi ai servizi di ingegneria, ai servizi tecnici di analisi ed indagini, ed alla realizzazione dei lavori. La procedura è stata predisposta dal Direttore della SC Gestione Tecnico-Patrimoniale, condivisa con il Gruppo di lavoro tecnico, in conformità a quanto stabilito dal *Sistema di gestione e controllo PNRR – Ministero della Salute*, adottato con Decreto del 29/07/2022 – Direttiva operativa MDS –UMPNNR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii. e DPCM 15/09/2021- obbligo 4.

Sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia in materia di attuazione progetti PNRR, nel corso del 2024 è stata costituita **un'apposita Commissione aziendale preposta ai controlli interni previsti per i singoli progetti PNRR** di cui la ASST è soggetto attuatore, che opererà in raccordo con le altri componenti del Sistema di controlli interni (SCI) aziendale e con il RUP dei progetti stessi e che è intervenuta a sostituire integralmente le funzioni precedentemente svolte dal Gruppo di lavoro costituito nel 2023.

Inoltre, rispetto al Progetto PNRR per l'istituzione delle Case di Comunità nel triennio 2023-2025, la ASST ha programmato sin dal 2023 un monitoraggio sullo stato di avanzamento del relativo progetto attuativo da parte degli organi di controllo interno della ASST (come previsto negli obiettivi strategici, cap. 2.3.1/4), nonché dal Comitato dei controlli interni, costituito a dicembre 2024.

In attuazione delle Linee guida del MEF annesse alla Circolare 11 agosto 2022, n.30, relativa alle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR, è prevista **l'attuazione di specifiche misure preventive tra gli obblighi posti in capo ai soggetti attuatori**. Tra le indicazioni fornite dal MEF per la prevenzione e il contrasto di irregolarità gravi quali frodi, corruzione, doppio finanziamento e indebita assegnazione di fondi, sono ricompresi:

- l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo;
- l'obbligo posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante di richiedere la dichiarazione rilasciata dal titolare effettivo circa l'assenza del conflitto di interessi;
- l'obbligo di acquisire le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei soggetti interni ed esterni che partecipano attivamente alle procedure connesse ai progetti PNRR quali RUP, DEC, Progettisti e Collaudatori.

Il RUP ed i relativi Uffici della ASST dovranno garantire per tutti i processi connessi all'utilizzo di risorse PNRR l'adozione di tali misure preventive ed il corretto caricamento dati e documenti sul Sistema REGIS che saranno poi monitorati, sulla base dell'apposita regolamentazione aziendale, dalla Commissione Controlli del PNRR.



## n.19. FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI

L'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001 prevede il divieto, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale

– *“Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione”*:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Indicatori
<b>Assicurare il rispetto delle disposizioni di cui all'art. 35-bis D.Lgs. n.165/2001</b>	Direttore SC Gestione Acquisiti Provveditorato Economato  Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale  Direttore SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane  Responsabile SS Formazione e Concorsi	Prevenire rischio corruttivo nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli Uffici	Controllo sulle assegnazioni agli Uffici, mediante controllo casellario giudiziario dei neoassunti  Acquisizione delle dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle condanne penali in sede di nomina per Commissioni di Concorsi, di Commissioni di gara, ed in sede di conferimento di incarichi di Direttori/Responsabili di SC/SS/SSD	Attestazione semestrale in ordine all'avvenuta applicazione della misura e Nr. anomalie rilevate/nr di spostamenti effettuati



## **n.20. COLLABORAZIONI ESTERNE: RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE**

La ASST ha sviluppato, nel tempo, rapporti di collaborazione con molte associazioni di volontariato/enti del terzo settore presenti nel territorio, riconoscendone il ruolo e l'importanza nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari erogati presso i presidi ospedalieri della Azienda.

La ASST aveva già nel 2017 adottato (con deliberazione del Direttore Generale dell'ASST Fatebenefratelli Sacco n. 126 del 14.02.2017) uno schema tipo di convenzione tra l'ASST Fatebenefratelli Sacco e le Associazioni di Volontariato, ma alla luce dell'intervenuto D.Lgs. n. 117 del 3.07.2017 (che ha riordinato e revisionato la disciplina e le disposizioni relative agli Enti del Terzo Settore) e della Regione Lombardia la L.R. n. 1 del 14.02.2008 recante il *"Testo Unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso"*, si è resa necessaria l'adozione di una procedura aziendale *ad hoc* che formalizzasse l'iter aziendale per la gestione dei rapporti convenzionali tra l'Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore e di adeguare lo schema tipo di convenzione alle nuove disposizioni legislative.

In particolare, il D.Lgs n. 117 del 03.07.2017, avente ad oggetto il *"Codice del Terzo Settore"* riconosce *"il valore e la funzione sociale degli enti del Terzo settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne è promosso lo sviluppo salvaguardandone la spontaneità ed autonomia"* e prevede che sia *"favorito l'apporto originale per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli enti locali"*; pertanto, prevede che le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 possono sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del terzo settore, convenzioni finalizzate allo svolgimento, in favore di terzi, di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Scopo della procedura - adottata con Deliberazione n. 426 del 10.04.2020 - è quello di disciplinare l'iter procedimentale aziendale finalizzato alla stipula di convenzioni e/o accordi di collaborazione e/o concessione di spazi tra Enti del Terzo Settore ed ASST Fatebenefratelli Sacco, qualora l'ETS stesso svolga attività all'interno delle strutture aziendali, tramite proprio personale anche volontario che può prevedere contatti con l'utenza.

La suddetta procedura è stata oggetto di una prima revisione nel 2022 (adottata con deliberazione del Direttore Generale dell'ASST Fatebenefratelli Sacco n. 237 del 10.02.2023) al fine di adeguarla agli interventi legislativi nel frattempo succedutisi. In particolare: a) al Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 106 del 15.09.2020, con cui il legislatore, in attuazione dell'art. 53, comma 1 del D.Lgs. n. 117 del 3.07.2017, ha disciplinato le procedure di iscrizione degli Enti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore,



le modalità di deposito degli atti nel Registro, le regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro stesso sul Registro Unico Nazionale del Terzo Settore; b) al Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 6.10.2021 recante *“individuazione dei meccanismi assicurativi, con polizze anche numeriche, e disciplina dei relativi controlli”*, con cui il legislatore obbliga gli Enti del Terzo Settore alla predisposizione e alla tenuta di un registro dei volontari non occasionali numerato progressivamente in ogni pagina e bollato in ogni foglio da un notaio o da un pubblico ufficiale a ciò abilitato.

Nel corso del 2025 è stata effettuata un’attenta analisi e conseguente studio della normativa disciplinante il terzo settore partendo dal D.Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) passando per gli ulteriori interventi legislativi susseguitesi successivamente nonché per gli interventi giurisprudenziali adottati in materia. In particolare: Decreto Ministeriale n. 72/2021 del 31.03.2021 recante Linee Guida sul rapporto tra le Pubbliche Amministrazioni e gli Enti del Terzo Settore; Sentenza Corte Costituzionale n. 131 del 1.07.2020; D.L. n. 76/2020 recante modifiche al Codice dei Contratti Pubblici; D.M. n. 106/2020; D.M. 6.10.2021 in termini di assicurazione dei volontari; Decreto del 14.06.2022 recante Linee Guida in materia di raccolta fondi; Legge n. 104/2024 del 4.07.2024 recante revisione del Codice del Terzo Settore. Sono state, dunque, analizzate le singole tematiche oggetto delle sopra descritte normative/pronunce al fine di armonizzare la nostra procedura aziendale introducendo le necessarie modifiche per adeguare il documento alla normativa vigente e rendere più accessibile la richiesta di collaborazione tra P.A. ed ETS.

Pertanto, con provvedimento n. 1252 adottato il 25.09.2025 è stata deliberata la revisione della procedura relativa alla stipula di rapporti convenzionali tra l'ASST Fatebenefratelli Sacco e gli Enti del Terzo Settore tramite l'introduzione di una nuova modulistica, l'allungamento della durata della collaborazione a tre anni (e non più due, come in precedenza) in quanto tale tempistica è stata ritenuta la più idonea per consentire all'ETS la piena realizzazione dell'attività/progetto e l'inserimento di disposizioni specifiche riguardanti: a) l'utilizzo del logo dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, i rapporti con i media, l'organizzazione di eventi e b) il divieto, di norma, di attività di raccolta fondi all'interno dei Presidi Ospedalieri dell'ASST (fatte salve situazioni particolari da valutare a seguito dell'inoltro di motivata istanza alla Direzione Strategica).

Le indicazioni di cui alla procedura devono essere utilizzate con la finalità di favorire, attraverso una ragionevole interpretazione non rigida, la collaborazione tra l'ASST Fatebenefratelli Sacco e il mondo del volontariato, in armonia con i principi di favore riconosciuti dalla vigente normativa al fenomeno dell'associazionismo e del volontariato.



Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Da intraprendere	Indicatori
<b>Formalizzazione e trasparenza delle collaborazioni esterne</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali	Migliorare l'efficacia, l'efficienza e la trasparenza dell'azione amministrativa	Aggiornamento del regolamento aziendale degli enti del terzo settore		Approvazione del regolamento aggiornato e pubblicazione su AT
<b>Formalizzazione e trasparenza delle collaborazioni esterne</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale Direttori SC DMP Responsabile Servizio prevenzione e protezione Direttore SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità Direttori/Responsabili SC/SS sanitari interessati	Migliorare l'efficacia, l'efficienza e la trasparenza dell'azione amministrativa	Applicazione della procedura aziendale		Approvazione con atti deliberativi pubblici
<b>Formalizzazione e trasparenza delle collaborazioni esterne</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali	Migliorare l'efficacia, l'efficienza e la trasparenza dell'azione amministrativa	Pubblicazione dell'elenco degli E.T.S. sul sito aziendale		Aggiornamento semestrale elenco ETS convenzionati pubblicato sul sito web

### ***n.21. PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'(PAC)***

Il PAC si configura quale misura preventiva in quanto strumento di controllo della gestione contabile e di riduzione del rischio frodi.

La ASST con Deliberazione n. 1060 del 17/10/2017 ha recepito il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.07.2017 (in attuazione della Legge n. 266/2005 art. 1 comma 291, del Decreto Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute del 17.09.2012 e del Decreto Ministero Salute del 01.03.2013) che definisce per ciascuna area tematica le priorità e le scadenze per il raggiungimento degli obiettivi finalizzati al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci.

Il PAC dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN consentirà di apportare un ulteriore miglioramento ai processi già attivi, assicurando la corretta rappresentazione in bilancio dei fatti di gestione nonché la più completa tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari.

Le Strutture della ASST sono state coinvolte nella concreta attuazione delle procedure PAC e conseguentemente la ASST ha approvato le procedure aziendali relative a:

- Area D - Immobilizzazioni con deliberazione n. 826 del 29/06/2018
- Area H - Patrimonio Netto con deliberazione n. 86 del 25/01/2019
- Area E - Rimanenze con deliberazione n. 626 del 29/05/2019
- Area F - Crediti e Ricavi con deliberazione n. 1136 del 15/10/2019
- Area G - Disponibilità Liquide con deliberazione n. 1135 del 15/10/2019
- Area I - Debiti e Costi con deliberazione n. 1528 del 24/12/2019

Nel corso del 2021 è stata adottata, altresì, con Deliberazione n.1367 del 30/09/2021 la revisione annuale delle procedure PAC (annualità 2021), e nello specifico la revisione ha riguardato le procedure 1.8 Area D), 2.1-2.2-2.3-2.4 Area H), 5.8 Area F) e 6.10 Area I).

Nel corso del 2023 sono state sottoposte a revisione le seguenti procedure:

- Area D – IMMOBILIZZAZIONI – 1.1 “Redazione Piano degli investimenti”,
- Area D – IMMOBILIZZAZIONI - 1.2 “Gestione dei beni immobili”,
- Area D – IMMOBILIZZAZIONI - 1.4 “Gestione altri beni mobili (diversi dalle attrezzature sanitarie)”,
- Area D – IMMOBILIZZAZIONI - 1.8 “Riconciliazione libro cespiti e contabilità regionale”,
- Area H – PATRIMONIO NETTO – 2.4 “Impiego dei corrispettivi derivanti da alienazione di cespiti finanziati con contributi in conto capitale”,
- Area F – CREDITI E RICAVI – 5.5 “Attività libero professionale intramoenia e attività per solventi”,
- Area G – DISPONIBILITA’ LIQUIDE – 4.2 “Gestione delle casse di riscossione”,
- Area – DEBITI E COSTI – 6.6 “Gestione del trattamento economico del personale dipendente”,
- Area I – DEBITI E COSTI – 6.7 “Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente”,
- Area I – DEBITI E COSTI – 6.10 “Gestione del trattamento economico del personale convenzionato”
- è stata DISMESSA la procedura Area I - DEBITI E COSTI – 6.5b “Assegni, sussidi, e contributi” – Rimborso parrucche

Nel mese di novembre 2023 Regione Lombardia ha avviato, in collaborazione con CERISMAS (Centro Ricerche Studi Management Sanitario- Università Cattolica) un progetto finalizzato alla sperimentazione di metodologie e procedure di controllo interno nelle aziende sanitarie pubbliche in relazione alle procedure PAC. Tale progetto coinvolge il personale delle Strutture Economico Finanziarie ed i Responsabili dell'Internal Audit aziendali. Nell’ambito di tale progetto, sono stati organizzati da Regione in collaborazione con CERIMAS



due giornate formative sulla identificazione e valutazione dei controlli amministrativo-contabili a cui ha partecipato il personale aziendale individuato.

Nel corso del 2024 è stato stabilito di non procedere alla revisione delle procedure, contrariamente a quanto in origine prospettato, in relazione al fatto che nel medesimo esercizio è stata avviata l'attività progettuale coordinata da Regione Lombardia e gestita in collaborazione con CERISMAS (Centro Ricerche Studi Management Sanitario- Università Cattolica). Si è concordato, infatti, di attendere gli esiti delle analisi sviluppate nel corso del progetto, il cui scopo primario era l'individuazione dei rischi, la valutazione dell'efficacia dei relativi controlli amministrativo contabili e l'identificazione delle opportune azioni correttive da operare.

Nel 2024 è stata avviata l'attività che ha previsto la formazione di sei "**Gruppi di lavoro interaziendali**" per condurre le analisi sulle procedure PAC (ogni gruppo ha lavorato su una specifica area di bilancio), con lo scopo di esaminare le fasi e la fattiva applicazione della procedura in ambito operativo, di verificare la sussistenza, la validità e l'efficacia dei controlli in essere allo stato attuale e di valutare i rischi espliciti o sottesi. I risultati di tali analisi sono stati oggetto di confronto e condivisione con gli altri gruppi. In esito alla suddetta attività verranno affinate e revisionate le procedure in essere e le risultanze fungeranno da supporto per l'impostazione di una sperimentazione finalizzata a strutturare le revisioni.

Per l'ASST Fatebenefratelli Sacco l'Area PAC assegnata è stata quella relativa alle "Immobilizzazioni" e, più nello specifico, alle "Attrezzature sanitarie e scientifiche". L'analisi compiuta ha avuto lo scopo di valutare i rischi conclamati ed occulti e l'efficacia reale dei controlli attuati nell'ambito delle singole attività svolte e tracciate. Per tale Area l'attività del Gruppo si è svolta in tre incontri in presenza tenutisi rispettivamente nelle giornate del 27/05, 04/07 e 30/09 u.s., durante i quali i partecipanti sono stati suddivisi in Sottogruppi, ognuno dei quali ha esaminato alcune distinte fasi disciplinate dalla procedura. I risultati di tali analisi, dopo un confronto collettivo nell'ambito della totalità del Gruppo, sono stati consolidati in tabelle di sintesi a matrice, che hanno evidenziato i diversi livelli di criticità relativamente sia alla valutazione dei rischi (alto/medio/basso) che dei controlli (adeguato, parzialmente adeguato/inadeguato) ed in un file excel con i rilievi di dettaglio.

In data 20/11/2024 è stato convocato un meeting in modalità online a seguito del quale è stato redatto il documento conclusivo che è stato presentato alle Direzioni Aziendali delle Strutture Sanitarie partecipanti in un incontro collegiale svoltosi in modalità on line in data 28/11/2024. Durante tale incontro è stato illustrato il lavoro svolto da due dei sei Gruppi di Lavoro costituiti, nello specifico quello dedicato all'Area Gestione Attrezzature Sanitarie (di cui ha fatto parte la ASST Fatebenefratelli Sacco) e quello dell'Area Gestione Magazzino Farmaceutico.



## ***n.22. GESTIONE DELLE EROGAZIONI LIBERALI***

L'ASST Fatebenefratelli Sacco aveva adottato nel 2016 due regolamenti per la disciplina delle donazioni, che sono stati considerati, anche nel corso dell'emergenza, quale punto di riferimento per la gestione delle proposte di erogazioni liberali pervenute: Regolamento sulle donazioni ed erogazioni liberali (in denaro) disposte in favore della ASST e Regolamento relativo all'acquisizione di beni in donazione, in comodato e in visione.

Nel corso della pandemia, vista la consistente risposta solidale da parte di singoli cittadini, la ASST ha adottato ulteriori procedure e misure volte a consentire il controllo sulle erogazioni per adeguarsi all'evoluzione del rapido fenomeno, consentendo di non frustrare il desiderio espresso di supportare, con atti di liberalità, l'emergenza in corso, e, nello stesso tempo, di garantire l'aderenza a principi pubblicistici.

Una menzione particolare meritano le erogazioni liberali consistite e consistenti nella realizzazione di opere, mediante le quali il donante si è proposto e si propone di realizzare, a proprie cure esclusive e spese, opere a supporto dell'emergenza COVID, realizzando, a tal fine, un approfondito confronto con il donante con la finalità di stipulare una convenzione/un accordo con la previsione (anche in ossequio dell'articolo 20 del Codice dei Contratti) di tutte le misure a tutela della ASST nelle fasi di progettazione, esecuzione e collaudo delle opere.

Dalle erogazioni, invece, sono state distinte le proposte di sponsorizzazione, ravvisabili nelle situazioni in cui, fermo restando lo spirito donativo, l'erogazione fosse connessa alla vendita di un prodotto commerciale o all'erogazione di un servizio, da parte di un'azienda privata la quale, inevitabilmente, ne avrebbe tratto un ritorno, quantomeno d'immagine.

Nei casi suddetti, valutata, sia pure nell'urgenza, la meritevolezza e l'onorabilità del donante, la fattispecie è stata considerata e trattata come una forma di sponsorizzazione, in conformità a quanto disposto dall'articolo 19 del D.Lgs. n. 50/2016. Si è pertanto stabilito, in ossequio a criteri di massima:

- di acquisire dalla società proponente una proposta formale e dettagliata al fine di effettuare le opportune valutazioni prima di confermare l'accettazione del contributo a favore della ASST;
- di pubblicare su apposita sezione della propria pagina web l'avviso di avvenuta ricezione dell'iniziativa, mantenendo la stessa per 30 giorni, così da darne adeguata pubblicità e trasparenza;
- di acquisire dalle Società/ditte proponenti di produrre una visura camerale aggiornata da conservare agli atti, oltre ad una dichiarazione ai sensi dell'articolo 80 del D.Lgs. 50/2016.

Alla luce delle fattispecie emerse nel corso della pandemia relative alle varie forme di erogazioni liberali, ed alle Linee di indirizzo emanate da ORAC nel 2020, si è ritenuto opportuno avviare una revisione/integrazione del vigente Regolamento aziendale *sulle donazioni ed erogazioni liberali di beni immobili e denaro disposte*

in favore della ASST che è stato condiviso con tutte le Strutture coinvolte nel processo ed approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 567 del 7.04.2022.

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione attuata	Azione da attuare	Indicatori
<b>Trasparenza dell'iter aziendale per accettazione erogazioni liberali/donazioni</b>	Direttore SC Gestione Acquisti Provveditorato Economato	Prevenire rischio di eventuali conflitti di interesse o influenze private sull'attività pubblica	Regolamentazione aziendale	Aggiornamento del regolamento aziendale per l'acquisizione di beni offerti in donazione, comodato e in visione	Adozione aggiornamento del regolamento aziendale
<b>Trasparenza dell'iter aziendale per accettazione erogazioni liberali/donazioni</b>	Direttore SC Affari Generali e Legali Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità		Regolamentazione aziendale per erogazioni liberali di denaro, beni immobili, revisionata nel 2022	Aggiornamento del regolamento aziendale per erogazioni liberali di denaro, beni immobili	Adozione aggiornamento del regolamento aziendale
<b>Trasparenza dell'iter aziendale per accettazione erogazioni liberali/donazioni</b>	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Garantire il rispetto della normativa emergenziale DL n. 18/2020	Pubblicazione rendiconto sulla gestione della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19		Pubblicazione, secondo schema ANAC/MEF, al termine dello stato di emergenza (31.03.2022)

### 2.3.5 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La trasparenza amministrativa costituisce elemento chiave per la realizzazione della creazione e protezione del valore pubblico, favorendo la conoscibilità dell'attività svolta dalle amministrazioni, nonché un'importante misura di prevenzione della corruzione, in quanto garantisce una forma di controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Dalla costituzione ad oggi, l'Azienda ha provveduto ad attivare e successivamente ad implementare la sezione "Amministrazione Trasparente", accessibile dal sito web istituzionale, identificato con il seguente indirizzo:

[https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione\\_trasparente](https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione_trasparente)

La sezione "Amministrazione Trasparente", in conformità alle disposizioni normative, comprende le seguenti sotto-sezioni:

- Disposizioni Generali



- Organizzazione
- Consulenti e collaboratori
- Personale
- Bandi di concorso
- Performance
- Enti controllati (non applicabile alla ASST)
- Attività e procedimenti
- Provvedimenti
- Controlli sulle imprese (non applicabile alla ASST)
- Controlli e rilievi sull'amministrazione
- Servizi erogati
- Bandi di gara e contratti
- Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici
- Bilanci
- Beni immobili e gestione del patrimonio
- Controlli e rilievi sulla amministrazione
- Servizi erogati
- Pagamenti dell'amministrazione
- Opere pubbliche
- Pianificazione e governo del territorio (non applicabile alla ASST)
- Informazioni ambientali (non applicabile alla ASST)
- Strutture sanitarie private accreditate (non applicabile alla ASST)
- Interventi straordinari e di emergenza
- Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione
- Altri contenuti – Accesso civico
- Dati ulteriori (in implementazione alla luce sia delle novità normative che delle iniziative intraprese dalla ASST in tema di sviluppo della cultura della trasparenza amministrativa)
  - \* adempimenti ex Legge n.24/2017
  - \* censimento auto
  - \* Rapporti con E.T.S.
  - \* adempimenti ex d.lgs. n.52/2019 in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano
  - \* politica per la qualità aziendale

Altresì, nel corso dell'emergenza sanitaria la ASST ha garantito la massima accessibilità alle informazioni sulle attività poste in essere nel corso della pandemia, pubblicando tutti i propri provvedimenti (deliberazioni e determinazioni dirigenziali) nella sezione "Provvedimenti" di Amministrazione Trasparente ed ha inoltre dato evidenza, in una sezione apposita del sito web istituzionale, degli interventi relativi ai Fondi del Commissario straordinario Emergenza COVID.

**Rispetto alla programmazione del 2025, nel corso dell'anno sono state svolte seguenti attività:**

- adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2023 da parte dei responsabili delle pubblicazioni, con avvio del processo di tracciamento dei flussi di validazione;
- monitoraggio periodico sulla sezione di "Amministrazione Trasparente" da parte del RPCT, volto a rilevare anche eventuali carenze da colmare;

- conclusione del processo di adeguamento della sezione “*bandi di gara e contratti*” alla luce del D.Lgs. n.36/2023 e delle delibere attuative ANAC n. 261 del 20.06.2023 e 264 del 20.06.2023 (come modificata dalla delibera n. 601 del 19.12.2023) che prevedono la pubblicazione mediante la trasmissione dati alla BDNCP per il tramite della PCP (la piattaforma contratti pubblici) e delle piattaforme di approvvigionamento digitali;
- avvio dell’aggiornamento delle sezioni di AT, relative agli art. 4-bis, 13 e 31 D.Lgs. n. 33/2013, rispetto agli schemi di pubblicazione approvati con delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024, e completamento dell’attività per la sezione relativa all’art. 4-bis D.Lgs. n. 33/2013 “*Dati sui pagamenti*”;
- attestazione annuale dell’assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità, in ottemperanza alla normativa ed adeguamento delle pubblicazioni alle recenti indicazioni fornite nel corso del 2025 da ANAC.

**La programmazione della ASST sull’attuazione della Trasparenza nel triennio 2026-2028 avrà ad oggetto:**

- l’ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, applicabili alla ASST, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013 nonché alle linee guida e pareri ANAC intervenuti in aggiornamento, con particolare focus sull’adeguamento della pubblicazione dei documenti in formato aperto o elaborabile;
- l’aggiornamento entro l’anno 2026 delle sezioni di AT, relative agli art. 13 e 31 D.Lgs. n. 33/2013, rispetto agli schemi di pubblicazione approvati con delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024, unitamente alle istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n. 33/2013;
- informatizzazione dei flussi della sezione “*Bandi di Gara e Contratti*”, come già adeguata alle modifiche introdotte dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici D.Lgs. n. 36/2023 e delle Delibere attuative ANAC.

Programma Triennale per la Trasparenza	Adempimenti	Soggetti responsabili
<b>Implementazione della sezione “Amministrazione Trasparente”,</b>	Promozione del processo di informatizzazione della sezione “Amministrazione Trasparente” ed implementazione informatica per tracciamento dell’iter di validazione delle pubblicazioni	Responsabile della prevenzione della corruzione  SIOO
<b>Adeguamento della sezione “Amministrazione Trasparente”,</b>	Aggiornamento nel 2026 delle sezioni di AT rispetto agli schemi, relativi agli artt. 13 e 31 D.Lgs. n. 33/2013, approvati con delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024	Responsabile della prevenzione della corruzione  Responsabili dell’elaborazione/pubblicazione dei dati oggetto dei nuovi schemi di pubblicazione approvati con la Delibera ANAC n.495/2024  SIOO

<b>Monitoraggio della sezione "Amministrazione Trasparente",</b>	Informatizzazione della sezione "bandi di gara e contratti", e l'attivazione il flusso di pubblicazione mediante la trasmissione dati alla BDNCP per il tramite della PCP.	Responsabili delle SC Direttore Gestione Acquisiti Provveditorato Economato, Direttore SC Gestione Tecnico-Patrimoniale, Direttore SC Sistemi informativi aziendali, Direttore SC Ingegneria Clinica
<b>Ottemperanza obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013</b>	Pubblicazione documenti/dati previsti dalla normativa ed esplicitati nella tabella allegata al presente Piano. Focus sull'adeguamento della pubblicazione dei documenti in formato aperto o elaborabile	Dirigenti delle singole Strutture responsabili per la trasparenza (come esplicitato nella tabella allegata al presente Piano) per elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati/documenti
<b>Monitoraggio dell'attuazione del Programma</b>	Attività di monitoraggio a campione (di secondo livello) quadrimestrale sulle pubblicazioni e Monitoraggio mirato per verificare l'avvenuto adeguamento della sezione "bandi di gara e contratti"	Responsabile della prevenzione della corruzione
<b>Monitoraggio dell'attuazione del Programma</b>	Primo livello di monitoraggio in autovalutazione/validazione semestrale	Dirigenti delle singole Strutture responsabili per la trasparenza (come esplicitato nella tabella allegata al presente Piano) per elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati/documenti
<b>Monitoraggio dell'attuazione del Programma</b>	Attestazione annuale dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità, in ottemperanza alla normativa e alle indicazioni fornite da ANAC	Nucleo di Valutazione della Prestazioni

### 2.3.5.1 SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

All'interno della ASST il ruolo fondamentale nel processo di attuazione del Programma della Trasparenza è ricoperto dai **Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse/Semplici** che sono tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e che curano la formazione sul tema del proprio personale, promuovendo la diffusione della conoscenza delle norme di riferimento e la cultura della trasparenza all'interno della propria struttura.

Ciascun Dirigente, tenuto all'assolvimento degli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013, è responsabile della elaborazione, della veridicità e della completezza degli dati/documenti soggetti a pubblicazione, nonché della loro validazione ai fini della successiva pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. In particolare garantiscono che i documenti e gli atti, di competenza della propria Struttura, soggetti a pubblicazione obbligatoria, **siano conformi ai seguenti requisiti:**

1. INTEGRITÀ: il dato non deve essere parziale;

2. COMPLETEZZA: la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
3. TEMPESTIVITÀ: le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.
4. COSTANTE AGGIORNAMENTO: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", le amministrazioni indicano la data di aggiornamento.
5. SEMPLICITÀ DI CONSULTAZIONE: il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
6. COMPrensibilità: il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto.
7. OMOGENEITÀ: il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
8. FACILE ACCESSIBILITÀ E RIUTILIZZABILITÀ: il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. l-bis) e l-ter) del d.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione «Amministrazione trasparente».
9. CONFORMITÀ AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE: occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
10. INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
11. RISERVATEZZA: la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

Si individuano di seguito i **soggetti Responsabili della Trasparenza tenuti, ciascuno per la propria competenza, ad assolvere agli obblighi di pubblicazione** nella sezione web "Amministrazione Trasparente" dei dati obbligatoriamente indicati dalla normativa (**v. ALL. 3 del PIAO**) e a dare attuazione al Programma per la Trasparenza:



- il Direttore della SC Gestione Tecnico-Patrimoniale
- Il Responsabile SS Manutenzioni
- Il Direttore della SC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità
- Il Direttore della SC Qualità e Risk Management
- Il Direttore della SC Sistemi Informativi Aziendali
- Il Direttore della SC Area Accoglienza - CUP aziendali
- Il Direttore SC Ingegneria Clinica
- Il Responsabile SS Gestione apparecchiature biomedicali
- Il Direttore SC Controllo di gestione e flussi
- Il Direttore SC Servizio Prevenzione e Protezione
- Il Direttore SC Affari Generali e Legali
- Il Responsabile SS Libera Professione, Marketing e Convenzioni
- Il Responsabile SS Formazione e Concorsi
- Il Direttore SC Direzione Funzioni Territoriali
- Il Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- Il Responsabile dell'Ufficio Comunicazione

Al fine di garantire una maggiore efficienza e tempestività del flusso delle pubblicazioni, **il Responsabile della pubblicazione è sempre il Dirigente tenuto all'assolvimento degli obblighi** di cui al D.Lgs. n. 33/2013 che, inoltre, in conformità alle nuove *istruzioni operative approvate con Delibera n. 495 del 25.09.2024* è anche il soggetto tenuto alla “**validazione dei dati**” soggetti a pubblicazione ed afferenti alla sua competenza. La validazione costituisce infatti l'attività propedeutica alla pubblicazione affinché venga assicurata la verifica sulla comprensibilità, conformità ed attendibilità dei dati/documenti soggetti alla pubblicazione. Eventuali anomalie o non conformità dei dati/documenti devono essere comunicate al responsabile della validazione prima di provvedere alla pubblicazione.

#### **REFERENTI**

A tal proposito, per garantire un flusso operativo tra l'RPCT e le varie Strutture dell'ASST, è stato ritenuto opportuno procedere all'individuazione dei referenti delle singole Strutture interessate dagli adempimenti di cui al D.Lgs. n. 33/2013. Fermo restando che la responsabilità del dato e della relativa pubblicazione afferisce ai Direttori/Responsabili delle Strutture individuati nella griglia allegata al Piano, i Referenti individuati contribuiscono a garantire, su indicazioni del proprio Responsabile, il rispetto degli obblighi di pubblicazione, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate,



nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale, ove incaricati dal proprio Dirigente responsabile.

## **RUOLO DEL RPCT**

Il RPCT svolge **un'attività di controllo periodico (quadrimestrale)** sull'adempimento, da parte delle diverse Strutture, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, verificando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, al NVP, all'ANAC e, nei casi più gravi all'UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Dirigenti responsabili.

La raccolta, predisposizione ed elaborazione dei dati soggetti a pubblicazione è assicurata dagli Uffici, anche in collaborazione tra loro per i dati di natura trasversale, secondo le direttive impartite dal Direttore di Struttura competente alla pubblicazione.

Il RPCT **fornisce supporto agli Uffici** per eventuali chiarimenti/approfondimenti normativi sugli adempimenti previsti dal D.Lgs. n.33/2013 nonché sulle modalità di pubblicazione e, qualora nell'ambito del monitoraggio periodico rilevi un ritardo o una carenza nell'ottemperanza dei predetti adempimenti, inoltra tempestivamente un'apposita segnalazione ai Dirigenti responsabili, indicando i termini entro i quali provvedere al fine di garantire costantemente il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

## ***VIOLAZIONI DEGLI ADEMPIMENTI SULLA TRASPARENZA***

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, oltre a costituire violazione rilevante a fini disciplinari, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

La **Tabella ricognitiva degli obblighi di pubblicazione (all. 3)** contiene il dettaglio degli obblighi di pubblicazione (previsti dalla tabella allegata alla delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, successivamente modificata dalle previsioni del D.Lgs. n. 97/2016 al D.Lgs. n. 33/2013) con le relative scadenze e sono individuati espressamente i soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazioni dei dati, nonché del relativo monitoraggio:

- Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)
- Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)
- Riferimento normativo
- Denominazione del singolo obbligo
- Contenuti dell'obbligo



- Dirigente della Struttura competente alla elaborazione e trasmissione dei documenti/dati
- Dirigente della Struttura responsabile della validazione e della pubblicazione
- Tempi di pubblicazione/Aggiornamento
- Monitoraggio – tempistiche e soggetto responsabile

## CONTRATTI PUBBLICI

In particolare, a decorrere dal 1° gennaio 2024 la digitalizzazione integrale del ciclo degli appalti acquisisce piena efficacia per tutte le procedure di affidamento, come previsto dal nuovo Codice degli Appalti, ed anche per le procedure del PNRR avviate dopo il 1 gennaio 2024. Dalla medesima data è stata attivata da ANAC anche la Piattaforma dei Contratti Pubblici (PCP) che interopererà con le piattaforme di approvvigionamento digitali utilizzate dalle stazioni appaltanti per la gestione delle fasi del ciclo vita dei contratti pubblici, al fine di trasmettere tutti i dati/informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla “Banca Nazionale dei Contratti Pubblici” (BDNCP) presso l’ANAC secondo quanto stabilito nella Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023.

La comunicazione alla BDNCP avrà efficacia anche per l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione secondo le indicazioni fornite da ANAC:

- nella Delibera n. 246 del 20.06.2023, come modificata ed integrata dalla Delibera n. 601 del 19.12.2023, recante *“l’individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.”*, mediante la pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” del link ipertestuale che rinvia ai dati relativi al ciclo di vita del contratto sulla BDNCP, per le procedure avviate dopo il 1 gennaio 2024;

- nel Comunicato congiunto ANAC e MIT in merito all’avvio del processo di digitalizzazione ed alle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure, soggette al D.Lgs. n. 50/2016 o al D.Lgs. n. 36/2023, avviate entro il 31.12.2023 ma non concluse in tale data, distinguendo quelle che restano soggette alla pubblicazione diretta da parte della Stazione appaltante su AT e quelle che devono essere trasmesse mediante il sistema SIMOG o piattaforme di approvvigionamento certificate, interoperabili con i servizi della PCP, rispetto alle quali pubblicare i link di rinvio ipertestuali.

Inoltre, per quanto riguarda tutti gli atti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del Codice dei Contratti pubblici ma che non devono essere comunicati alla BDNCP, le stazioni appaltanti devono procedere alla pubblicazione diretta nella sezione “Amministrazione Trasparente” del proprio sito

istituzionale. Gli stessi sono dettagliati nell'apposita griglia dell'Allegato 1) della Delibera ANAC n. 264 del 20.06.2023, come modificata dalla Delibera n. 601 del 19.12.2023.

Un approfondimento sulla trasparenza nei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023 è stato inserito nell'aggiornamento del **PNA approvato con Delibera n. 605 del 19.12.2023** (v. pag. 29 PNA agg. 2023), dove viene anche precisato il regime di pubblicazione dei dati alla luce delle abrogazioni disposte o dell'efficacia differita prevista per l'attuazione della trasparenza, in particolare:

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	<p>Pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.</p> <p><a href="https://www.anticorruzione.it/-/pna-2022-delibera-n.7-del-17.01.2023">https://www.anticorruzione.it/-/pna-2022-delibera-n.7-del-17.01.2023</a></p>
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	<p>Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023</p> <p><a href="https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione">https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione</a></p>
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	<p>Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti, ex artt. 19 e ssgg, e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti:</p> <p><a href="https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-264-del-20-giugno-2023-provvedimento-art.-28-trasparenza">https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-264-del-20-giugno-2023-provvedimento-art.-28-trasparenza</a></p> <p><a href="https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-261-del-20-giugno-2023-provvedimento-art-23-bdnpc">https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-261-del-20-giugno-2023-provvedimento-art-23-bdnpc</a></p>

## INFORMATIZZAZIONE DEI FLUSSI DI PUBBLICAZIONE

Al fine di semplificare i flussi di caricamento dei dati/documenti/informazioni, soggetti a pubblicazione, la ASST fa rinvio all'utilizzo delle banche dati accessibili mediante il link collegamento ipertestuale nelle sezioni di Amministrazione Trasparente.

Il processo di informatizzazione vede ora coinvolte le sezioni riferite a:

- *"Disposizioni Generali – Atti generali"*: rinvio alla banca dati "Normattiva" e "Open leggi Lombardia"
- *"Consulenti e collaboratori"*: rinvio alla banca dati "PERLAPA"
- *"Personale–Incarichi conferiti e autorizzati a dipendenti"*: rinvio alla banca dati "PERLAPA"
- *"Personale- Contrattazione collettiva"*: rinvio alla banca dati "ARAN"



- “Opere pubbliche – Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche”: rinvio al portale “BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche”
- “Bandi di gara e contratti”, nelle varie sottosezioni: rinvio alla “BDNCP” – Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, presso ANAC
- “Bandi di gara e contratti”: rinvio alla piattaforma SINTEL di ARIA di Regione Lombardia

### 2.3.5.2 ACCESSO CIVICO

Al fine di garantire l’operatività dell’istituto dell’accesso civico e civico generalizzato, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, la ASST ha previsto un’apposita sezione di “Amministrazione Trasparente” recante “Altri contenuti- Accesso Civico” (di cui il link <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-accesso-civico-61> ) dove ha provveduto a pubblicare:

- le modalità operative per l’esercizio dell’accesso civico semplice
- le modalità operative per l’esercizio dell’accesso civico generalizzato
- il modulo fac simile per istanza di accesso civico semplice
- il modulo fac simile per istanza di accesso civico generalizzato
- il registro degli accessi, in conformità alle indicazioni ANAC, ed aggiornato semestralmente con le richieste di accesso documentale, civico e civico generalizzato relative alla documentazione amministrativa.

Nel corso nel 2023, con deliberazione n. 1772 del 28.12.2023, è stato inoltre approvato un Regolamento aziendale volto a formalizzare i flussi interni per la gestione delle istanze di accesso agli atti, documenti ed informazioni della ASST, in conformità a quanto disposto dalla Legge n. 241/1990, dal D.Lgs. n. 33/2013, dalla Legge n. 24/2017 nonché dalle disposizioni speciali per gli appalti del D.Lgs. n. 36/2023.

Il regolamento e l’annessa modulistica sono pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale <https://www.asst-fbf-sacco.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-accesso-civico-61/accesso-civico-102>

## 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

A decorrere dal 01.01.2024, si è insediato il nuovo Direttore Generale dell’ASST Fatebenefratelli Sacco, Dott.ssa Maria Grazia Colombo, coadiuvato, nel governare e guidare l’Azienda nel perseguimento ed assolvimento dei propri obiettivi e fini istituzionali, dalla nuova Direzione Strategica, così composta:

- Direttore Sanitario: Dott.ssa Lucia Castellani (già titolare dell’incarico nel precedente mandato);

- Direttore Amministrativo: Dott. Angelo Cammarata;
- Direttore Socio-Sanitario: Dott. Enrico Frisone.

Inoltre, come già introdotto al capitolo 1, l'Azienda, articolata in 4 Presidi Ospedalieri e 1 Polo Territoriale (comprendente 5 Distretti della Città Metropolitana di Milano) è strutturata secondo un modello dipartimentale (inclusi i Dipartimenti Funzionali indicati al par. 1.4)

I vari Dipartimenti si articolano in unità organizzative quali le Strutture Complesse (a loro volta strutturate eventualmente in ulteriori Strutture Semplici) ovvero Strutture Semplici Dipartimentali. Dato l'elevato ammontare di Strutture presenti all'interno dell'organigramma, non si procederà, nella presente sede, all'esposizione ed elencazione completa di tutte le unità presenti in Azienda (visualizzabili comunque all'interno del sito istituzionale aziendale).

Al mese di dicembre 2025, il personale strutturato presente in Azienda, espresso in formato equivalente e suddiviso per i principali ruoli/profili, risultava essere il seguente:

<b>AREA COMPARTO</b>	<b>3.637,4</b>
Pers. Infermieristico	1.591,5
Pers. Ostetrico	192,8
Pers. Tecn. Riabilitazione	150,9
Personale Tecn. Sanitario	260,8
Personale Vigil. - Ispezione	25,3
Personale Professionale	3,0
Pers. Ass. Sociale	47,4
Pers. Tecnico	189,9
Pers. Amministrativo	660,6
Pers. Tecnico OTA/OSS	515,2
<b>AREA DIRIGENZA</b>	<b>1.138,2</b>
Dirigenza Amministrativa	18,0
Dirigenza Medica	979,5
Dirigenza Professionale/Tecnica	12,0
Dirigenza Sanitaria	128,7

L'azienda, per l'espletamento delle proprie funzioni, si avvale anche di altre tipologie contrattuali di personale (ad es. libero professionisti, co.co.co, specialisti ambulatoriali, personale somministrato).

Dalla tabella sovraesposta si può dedurre come l'Ente, sotto il profilo del capitale umano, sia un'Azienda di grandi dimensioni.

Data l'elevata articolazione organizzativa e dato l'elevato ammontare di forza-lavoro presente, l'Azienda pone particolare attenzione al capitale umano, in quanto principale motore propulsore delle attività istituzionali dell'Ente, declinando la propria attività non solo attraverso un'attenta ed oculata pianificazione



del fabbisogno di personale (di cui al par. 3.3), ma anche una programmazione di percorsi formativi di sviluppo delle competenze professionali presenti (par. 3.4), fornendo, al tempo stesso, strumenti che possano permettere una miglior riconciliazione vita-lavoro che non vadano ad incidere sulla produttività del personale (par. 3.2).

### **3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

Il lavoro agile, introdotto nella legislazione italiana nel 2015 quale misura di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, ha avuto un più concreto impatto sulla realtà della pubblica amministrazione a partire dall'anno 2020, come misura atta a tutelare la salute dei dipendenti a causa della pandemia da Covid-19. In particolare, durante il periodo emergenziale, il lavoro agile ha costituito a tutti gli effetti una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle P.A. di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs n. 165/2001. Nel corso del biennio successivo sono intervenuti diversi provvedimenti normativi finalizzati a dare indicazioni in materia di lavoro agile, sino ad arrivare all'adozione del CCNL Comparto Sanità del 2.11.2022 all'interno del quale, al Titolo VI relativo al Lavoro a distanza, trova disciplina contrattuale il Lavoro Agile, confermata anche nel nuovo CCNL Comparto Sanità del 27.10.2025, al Titolo IV..

Il lavoro agile risponde al generale obiettivo di promuovere l'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro basate sull'utilizzo della flessibilità lavorativa, sulla valutazione per obiettivi e sulla rilevazione dei bisogni del personale dipendente, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

L'ASST Fatebenefratelli Sacco, superato il periodo emergenziale dovuto al Covid-19, ha inizialmente regolarizzato l'istituto del lavoro agile mediante l'adozione, con deliberazione n. 145 del 28.1.2022, di un Regolamento aziendale transitorio, il quale è stato successivamente oggetto di modifiche ed integrazioni alla luce delle nuove disposizioni contrattuali di cui al citato CCNL Comparto Area Sanità del 2.11.2022. Inoltre, nel corso dell'anno 2022, l'Amministrazione ha provveduto a mappare le attività compatibili con il lavoro agile e ha sviluppato, in via sperimentale, il portale informatico denominato "smartbadge", dal quale i dipendenti possono sia presentare la domanda di accesso al lavoro agile che timbrare le entrate e le uscite dal servizio nei giorni in cui prestano l'attività lavorativa da remoto. Nella prima fase di sviluppo, è stato autorizzato ad usufruire del lavoro agile il solo personale del Comparto del ruolo Amministrativo, Professionale e Tecnico non sanitario.

Nelle more della revisione del suddetto Regolamento transitorio, ad inizio anno 2023 è stata prorogata la possibilità di ricorrere al c.d. lavoro agile fino al 30.06 u.s. per i dipendenti già autorizzati, con le modalità e nei limiti definiti dalla predetta regolamentazione aziendale, e successivamente, in data 05.05.2023, con deliberazione n. 689, l'ASST Fatebenefratelli Sacco ha adottato il nuovo e vigente regolamento in materia di



lavoro agile del personale dipendente del Comparto. Con tale provvedimento l'ASST ha ritenuto opportuno regolamentare in via ordinaria l'istituto contrattuale del lavoro agile, destinato a tutto il personale del Comparto, definendo le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile, nel rispetto dei limiti e delle indicazioni di cui ai precedenti decreti nonché di quanto disposto dagli artt. 76, 77, 78, 79 ed 80 del vigente CCNL Comparto Sanità del 02.11.2022

L'ASST, nel corso dell'anno 2023, ha provveduto altresì ad implementare il citato portale informatico "smartbadge", completando l'informatizzazione dell'iter amministrativo legato all'accesso al lavoro agile.

È consentito ai dipendenti di espletare l'attività lavorativa da casa utilizzando device personali (pc e telefono), opportunamente configurati con il supporto dei sistemi informativi oppure di richiedere device aziendali che andranno a sostituire la postazione di lavoro fissa in luogo di postazione di lavoro portatile costituita da PC portatile e soft phone.

Il processo di sviluppo suddiviso del lavoro agile si può sintetizzare nelle seguenti tre fasi:

- Fase di avvio: coincidente con il periodo post-emergenziale caratterizzato da una ricognizione della situazione in essere al termine dell'emergenza al fine di individuare le condizioni abilitanti rispetto al lavoro agile. Tale fase si è conclusa con l'adozione del regolamento transitorio in materia di lavoro agile e la mappatura delle attività compatibili con il lavoro agile;
- Fase di sviluppo intermedio: prima applicazione della regolamentazione aziendale e individuazione di eventuali necessità formative e tecnologiche;
- Fase di sviluppo avanzato: adozione del vigente regolamento aziendale in materia di lavoro agile per tutto il personale del Comparto ed implementazione della piattaforma aziendale "smartbadge".

Il Regolamento aziendale sul lavoro agile prevede che può accedere al lavoro agile il personale del comparto assunto con contratto di lavoro a tempo determinato e a tempo indeterminato, anche part-time, che abbia superato il periodo di prova, in servizio presso l'ASST Fatebenefratelli Sacco, le cui mansioni/attività siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in un luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività e gli obiettivi dell'Unità Operativa di assegnazione. Lo smart-working può essere richiesto per massimo n. 4 giorni/mese, non cumulabili, e fruibili per non più di 1 giorno/settimana. Le ore di lavoro da remoto non possono essere effettuate, di norma, prima delle ore 08:00 e successivamente alle ore 20:00 e nelle giornate di sabato, domenica e festivi. La fascia di contattabilità, anche discontinua, non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro e si effettuerà, di massima, in correlazione temporale con l'orario normale applicabile alla struttura di appartenenza, nei limiti previsti dal CCNL.



- L'Amministrazione inoltre prevede che gli smartworker debbano obbligatoriamente partecipare ad un corso di formazione sull'utilizzo in sicurezza degli strumenti tecnologici aziendali e sulle disposizioni in materia di privacy. La formazione persegue l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile, nonché di diffondere modelli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni.
- Al fine di ridefinire gli spazi di lavoro, l'Amministrazione ha previsto che all'atto dell'adesione al lavoro agile il dipendente rinunci alla postazione di lavoro fissa in funzione di postazione di lavoro portatile, nonché al telefono fisico sulla scrivania in luogo di un dispositivo softphone. La fornitura della summenzionata postazione di lavoro aziendale "portatile" avverrà gradualmente, in funzione della disponibilità effettiva delle risorse strumenti da parte dell'Azienda. Pertanto, il personale avviato al lavoro agile che inizialmente non potrà essere dotato della postazione di lavoro portatile (personal computer) fornita dall'Azienda, può svolgere l'attività lavorativa utilizzando i propri devices (PC e telefono), opportunamente configurati.

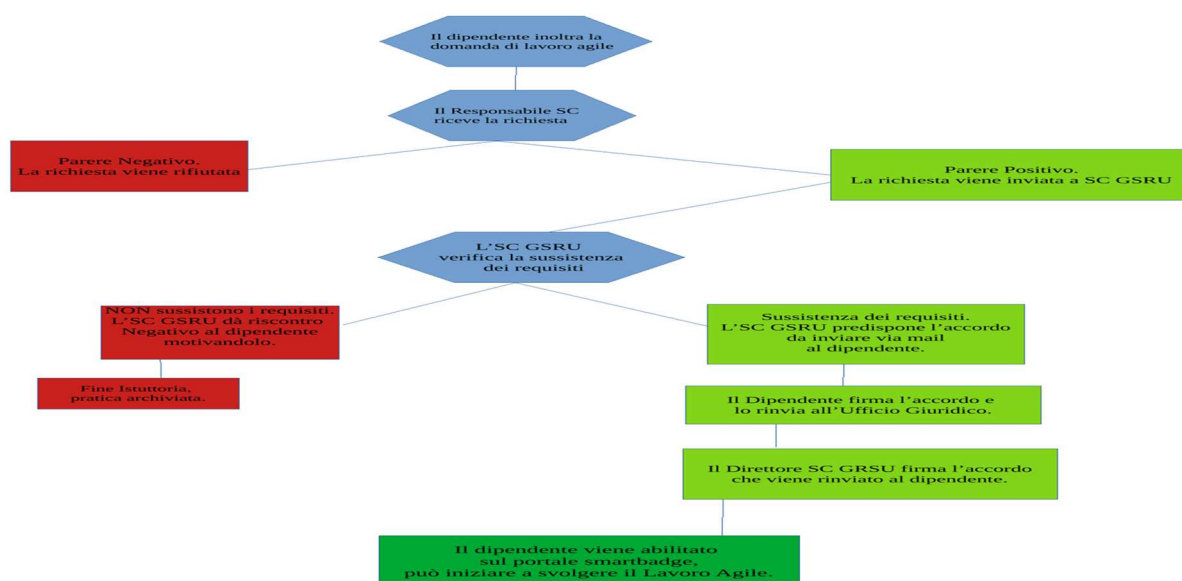
I soggetti coinvolti nei processi di implementazione, organizzazione e monitoraggio del lavoro agile sono i seguenti:

- DIREZIONE STRATEGICA: coinvolta nell'adozione del regolamento aziendale in materia di Lavoro Agile;
- COMITATO UNICO DI GARANZIA: riveste, come definito anche nelle Linee guida in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3/2017, un «ruolo determinante nell'attuazione delle misure prescritte (...) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni». Con compiti propositivi, consultivi e di verifica, il CUG dà un importante contributo con un monitoraggio sulla percezione dello smart working.
- ORGANISMO INTERNO DI VALUTAZIONE: necessario sia ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale, sia ai fini della valutazione di appropriatezza degli indicatori, che verranno individuati dall'amministrazione per monitorare e rendicontare l'evoluzione dell'implementazione del lavoro agile.
- RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: coinvolto nel processo di valutazione in merito alla sicurezza, per tale scopo è stato proposto dall'Azienda un corso obbligatorio in tema di lavoro agile e sicurezza;
- ORGANIZZAZIONI SINDACALI ED RSU: coinvolte per il confronto sulla regolamentazione del lavoro agile;
- DIRETTORI DI STRUTTURA: chiamati a individuare le attività compatibili con il lavoro agile all'interno delle proprie Unità Operative. L'individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile

è pertanto rimessa alla valutazione dei singoli dirigenti, i quali, nell'individuazione delle stesse, devono tenere conto sia della natura delle singole attività, nonché del livello di interazione richiesta (sia tra operatori che nei confronti dell'utenza) e dello spazio fisico più idoneo a svolgerle. I predetti Dirigenti sono anche chiamati a esprimere parere, positivo o negativo, alle richieste di accesso al lavoro agile avanzate dai propri collaboratori, previa verifica e attestazione circa il fatto che le mansioni svolte da questi ultimi rientrano tra quelle compatibili con il lavoro agile.

- DIPENDENTI: coloro che usufruiscono del lavoro agile;
- STRUTTURE DI SUPPORTO: si fa qui riferimento in particolare a:
  - SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE: coinvolta nella predisposizione del regolamento aziendale in materia di lavoro agile e della piattaforma informatica smartbadge, nonché competente per la definizione dell'istruttoria legata alle singole istanza di accesso al lavoro agile (autorizzazione finale e predisposizione accordo individuale);
  - SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI: coinvolta nella predisposizione della piattaforma informatica smartbadge e per il supporto tecnologico.

Di seguito si rappresenta schematicamente il processo finalizzato all'autorizzazione al lavoro agile, che si conclude con la sottoscrizione dell'accordo individuale:



Il fine del programma di sviluppo del lavoro agile è di seguito rappresentato:

1. Fase di avvio (rif. anno 2022): ha caratterizzato il periodo successivo all'emergenza sanitaria dovuto al covid-19. In questa fase sono state rilevate le condizioni abilitanti al lavoro agile nonché:

- Predisposta la mappatura delle attività che possono essere effettuate in modalità smart (in capo ai Responsabili delle singole Strutture) con conseguente individuazione del personale potenzialmente coinvolto;



- Analizzate le dotazioni tecnologiche necessarie/disponibili allo svolgimento dell'attività in tale modalità (in capo alla SC Sistemi Informativi Aziendali);
  - Adottato il regolamento transitorio in materia di lavoro agile, il quale, mantenendo la possibilità di accesso al lavoro agile su base volontaristica, ha permesso di superare la regolamentazione semplificata dovuta al periodo emergenziale (in capo alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane).
2. Fase di sviluppo intermedio (rif. anni 2022-2023): questa fase è stata caratterizzata da:
- prima applicazione del Regolamento transitorio in materia di lavoro agile, al fine di testarne la validità o definirne i correttivi;
  - definizione ed implementazione di appositi percorsi formativi per il personale, sia in materia di organizzazione del lavoro, sia in materia di competenze tecnologiche. In particolare nel corso dell'anno 2022 è stato organizzato il corso di formazione aziendale dal titolo "Smart working: caratteristiche e prospettive. Contesto normativo e competenze digitali/organizzative per la gestione del lavoro agile" al quale hanno partecipato n. 547 dipendenti del Comparto
3. Fase di sviluppo avanzato (rif. anni 2023-2024): caratterizzata dall'adozione del vigente regolamento aziendale in materia di lavoro agile e dall'implementazione della piattaforma informatica smart badge.

Nel mese di novembre 2024 è stato comunicato a tutto il personale la possibilità di richiedere una proroga per l'accesso al lavoro agile, valida fino al 31/12/2026.

Nel corso dell'anno 2025, anche alla luce del nuovo CCNL Comparto Sanità del 27/10/2025, l'Amministrazione ha provveduto a rivedere ed aggiornare il Regolamento vigente al fine, tra l'altro, di estendere lo smart working anche al personale della Dirigenza Medica, Sanitaria ed ATP, alla luce delle previsioni contrattuali contenute nei rispettivi CCNL. Si prevede l'approvazione dello stesso nel corso dell'anno 2026.

## ASST Fatebenefratelli Sacco

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2021 (baseline)	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO	FONTE
<b>CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE</b>	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>						
	Valutare il benessere organizzativo	Somministrazione questionario	/	/	/	Predisposizione questionario	
	<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>						
	Corso di formazione in materia di lavoro agile	Personale a cui è indirizzato il corso di formazione	/	Personale del ruolo PTA del Comparto	Personale del Comparto (Amministrativo, Tecnico e Sanitario)	Personale del Comparto e della Dirigenza	
	<b>SALUTE DIGITALE</b>						
	Postazioni di lavoro fornite ai dipendenti in lavoro agile dall'ASST	% di dipendenti in lavoro agile dotati di PC portatile	/	3%	20%	50%	
<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>							
Costo corsi di formazione in materia di lavoro agile		/	€ 3.000	/	/		
<b>NOTE</b>							

## ASST Fatebenefratelli Sacco

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2021 (baseline)	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO	FONTE
<b>QUANTITA'</b>							
<b>ATTUAZIONE LAVORO AGILE</b>	Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche non sanitarie	% di lavoratori agili effettivi rispetto al totale lavoratori agili potenziali	/	14%	30%	40%	
	Estendere il lavoro agile al personale della Dirigenza del ruolo sanitario e PTA	% di lavoratori agili effettivi rispetto al totale lavoratori agili potenziali	/	0%	0%	5%	
	<b>QUALITA'</b>						
	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti		/	/	/	Da definire	
<b>NOTE</b>							

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2020 (baseline)	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO	FONTE	
<b>ECONOMICITÀ</b>								
<b>PERFORMANCE ORGANIZZATIVE</b>	Riduzione di costi	Costo mensa	/	/	Da definire	Da definire		
	<b>EFFICIENZA</b>							
	Diminuzione tasso di assenza	% Tasso di assenteismo	/	/	Da definire	Da definire		
	Diminuzione ore di straordinari	% Nr. ore di straordinario	/	/	Da definire	Da definire		
<b>EFFICACIA</b>								
<b>NOTE</b>								
DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2021	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO	FONTE		

## ASST Fatebenefratelli Sacco

			(baseline)	Target 2022	SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022-2022	AVANZATO Target 2024	
IMPATTI	<b>IMPATTO SOCIALE</b>						
	<b>IMPATTO AMBIENTALE</b>						
	Minore quantità di consumo di risme di carta	% risme di carta in meno consumate	/	Da definire	Da definire	Da definire	
	<b>IMPATTO ECONOMICO</b>						
	<b>IMPATTI INTERNI</b>						
Miglioramento della salute organizzativa e di clima	Somministrazione questionari	/	/	/	Diffusione questionario ai dipendenti che hanno usufruito dello SW		



### 3.3 PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DEL PERSONALE

L'art. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 descrive e disciplina il Piano Triennale di Fabbisogno di Personale (PTFP), prevedendo l'impossibilità, per le amministrazioni pubbliche che non provvedono alla predisposizione del suddetto documento, ad assumere nuovo personale. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001, l'ASST Fatebenefratelli Sacco annualmente predispose il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che viene redatto anche in linea con le specifiche indicazioni e modalità operative che annualmente la competente Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia fornisce per l'aggiornamento del documento in argomento.

Il PTFP costituisce un documento programmatico con l'indicazione della consistenza della dotazione organica, conformemente alla programmazione finanziaria e di bilancio. I costi ivi rappresentati, anch'essi a carattere programmatico, devono essere compatibili con le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano Triennale dei fabbisogni di personale, inoltre, costituisce lo strumento strategico, per individuare le esigenze di personale in relazione, tra l'altro, alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini. L'aggiornamento annuale di tale documento risulta funzionale al recepimento di eventuali modifiche legate alle mutate esigenze del contesto normativo, organizzativo o funzionale, rispetto ai fabbisogni dichiarati in precedenza.

Il PTFP annualmente rivisto deve essere approvato da Regione Lombardia con apposita DGR. La dotazione organica, indicata nel PTFP così approvato, rappresenta il limite invalicabile in termini di spesa (valicabile solo ed esclusivamente in ragione delle attività legate all'emergenza) e consistenza massima del personale espressa in teste, senza necessità di ulteriori autorizzazioni da parte della DG Welfare per la copertura dei posti previsti in dotazione organica (fatta salva la copertura delle strutture complesse che potrà essere effettuata solo a seguito di apposita autorizzazione regionale). In particolare, il PTFP riporta i dati relativi alle seguenti tipologie di personale:

- dipendente subordinato;
- convenzionato universitario;
- convenzionato ACN;
- somministrato;
- lavoratore autonomo;
- co.co.co.

Il documento in argomento è organizzato in tabelle che espongono, per ciascuna annualità, la dotazione organica (teste), il personale pesato (FTE) ed i relativi costi.

L'ultimo PTFP adottato formalmente dall'ASST Fatebenefratelli Sacco, giusta deliberazione n. 446/2025, è quello riferito al triennio 2025-2027, approvato dagli uffici competenti di Regione Lombardia con DGR n. XII/4874 del 01/08/2025.

Per quanto concerne il PTFP 2026/2028, le modalità per la presentazione dello stesso saranno definite con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare.

### **3.3.1 Lo scenario della situazione al 31/12/2025**

Per il triennio 2025-2027, secondo le linee guida impartite da Regione Lombardia, il Piano triennale dei fabbisogni riporta:

- la situazione del personale dipendente, a tempo sia determinato sia indeterminato, presente in Azienda al 31.12.2024, calcolato in teste intere e suddiviso in base alla qualifica professionale;
- la dotazione organica per gli anni 2025, 2026 e 2027 del personale dipendente, a tempo sia determinato sia indeterminato, espresso in teste intere, suddiviso in base alla qualifica professionale e distinto tra chi risulta assegnato all'Area Territoriale di competenza di questa ASST e chi risulta assegnato all'ambito Ospedaliero. In riferimento a quest'ultima parte, inoltre, Regione Lombardia chiedeva di distinguere tra personale assegnato, da una parte, a reparti di Pronto Soccorso e, dall'altra parte, a reparti Terapia Intensiva, Blocco Operatorio ed AREU, all'area medica e all'area chirurgica;
- per gli anni 2025, 2026 e 2027, il fabbisogno di personale, strutturato e non, espresso in teste equivalenti, e suddiviso in base alla qualifica professionale. In riferimento al numero di personale inserito, doveva essere riportato il relativo costo, il cui totale non deve superare il budget annuale.

### **3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane**

La programmazione di un quadro completo delle assunzioni da autorizzare per il triennio 2025-2027 è stata effettuata partendo dalla dotazione organica e dal personale in servizio al 31/12/2024, rispetto alla quale sono state evidenziate le vacanze d'organico, le cessazioni già previste per l'anno 2025 ed i posti che verranno ricoperti tramite assunzioni già autorizzate ma non ancora concluse.

In seguito, è stato effettuato il calcolo del fabbisogno ideale di personale attraverso un'analisi delle esigenze sotto il profilo qualitativo, riferito alle competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze



dell'amministrazione, e sotto il profilo quantitativo, riferito alla consistenza numerica necessaria ad assolvere la *mission* dell'amministrazione.

Per tutti i profili professionali, sia per il Polo Ospedaliero sia per quello Territoriale, la dotazione organica proposta è stata elaborata partendo dai dati inseriti nella DO 2025, già autorizzati con DGR n. XII/2697 del 08/07/2024.

Si è proceduto ad una rivalutazione dei criteri di attribuzione del personale all'interno delle aree indicate nel foglio "Consistenza 31.12.2024", sia per quanto riguarda il personale del Polo Ospedaliero che per il Polo Territoriale.

Nello specifico per il Polo Ospedaliero sono stati utilizzati i seguenti criteri:

**PS:** tutti i CdC riferiti alle strutture di Pronto Soccorso dell'ASST.

**Terapia Intensiva, BO, AREU:** tutti i CdC delle strutture Anestesia e Rianimazione, TIN, Terapia Intensiva e Blocco Operatorio dell'ASST.

**Area Medica:** tutti i CdC afferenti al Dipartimento Area Medica; Dipartimento Medicina dell'Infanzia, dell'Età Evolutiva e della Medicina di Genere.

**Area Chirurgica:** tutti i CdC afferenti al Dipartimento Area Chirurgica e Dipartimento Chirurgia Pediatrica.

Per il Polo Territoriale sono stati usati i seguenti criteri (in conformità alle precedenti linee guida regionali fornite in ambito PTFP 2023-2025):

**Distretti, CDC, COT e ODC:** tutti i CdC afferenti ai 5 distretti (M1, M2, M3, M4, M8) esclusa Scelta e Revoca, Assistenza Integrativa Protesica, Consultori Familiari, Cure Domiciliari, Vaccinazioni e Cure Primarie

**ADI:** tutti i CdC riferiti alle Cure Domiciliari

**Area Prevenzione:** tutti i CdC riferiti ai centri Vaccinali

**Dipartimento salute mentale:** tutti i CdC afferenti al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

**Carceri:** non applicabile

**Cure primarie:** tutti i CdC riferiti alle Cure Primarie

**Altri servizi territoriali:** tutti i CdC riferiti ai Consultori Familiari, Assistenza Integrativa Protesica, Scelta e Revoca, personale in Staff alla Direzione Socio Sanitaria

Nel foglio Consistenza al 31.12.2024 è stato inoltre inserito il personale Universitario Convenzionato calcolato in teste.

Per quanto riguarda la dotazione organica si segnala:

DO 2025

POLO OSPEDALIERO

1. Sono stati inseriti gli incrementi relativi all'acquisizione di personale "Panflu" come di seguito indicato:

- Dirigenza Medica: n. 3 teste
- Dirigenza Sanitaria: n. 2 teste
- Assistenti Sanitari: n. 1 testa

Si specifica che nella DO 2025 sono ricompresi n. 8 dirigenti medici, n. 2 tecnici sanitari e n. 2 personale della riabilitazione per la previsione di apertura del nuovo padiglione del P.O. Buzzi, in osservanza delle indicazioni contenute nella nota di Regione Lombardia del 26/02/2025, prot. G1.2025.0008615. Il costo previsto per tale personale, pari a complessivi € 920.000 (€ 720.000 per i dirigenti medici ed € 200.000 per il comparto), non è stato inserito all'interno del piano ed è necessario pertanto autorizzare l'integrazione del bilancio preventivo.

Il restante personale che verrà assunto, sarà inserito nel prossimo piano triennale dei fabbisogni del personale, ad apertura avvenuta.

2. Sono stati previsti, inoltre, i seguenti incrementi:

- n. 3 Dirigenti Amministrativi per la SC Gestione Acquisti Provveditorato Economato, per SC Trasparenza, Anticorruzione ed Internal Auditing e per SC Gestione Operativa Next Generation;
- n. 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie per la SC DAPSS Ospedaliero.

3. Con riferimento alla DGR XII/505 del 26/06/2023 "Ulteriori determinazioni in merito alla rete infettivologica di Regione Lombardia – Ruolo dell'Ospedale Sacco nel territorio della città Metropolitana di Milano" sono stati previsti i seguenti incrementi:

- n. 10 Dirigenti Medici per il Dipartimento di Malattie Infettive

Il costo previsto per tale personale, pari a complessivi € 900.000, non è stato inserito all'interno del piano ed è necessario pertanto autorizzare l'integrazione del bilancio preventivo.

4. Con riferimento alla DGR 3720 del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" sono stati previsti i seguenti incrementi:



#### Global Health and Policies

- 1 Dirigente Amministrativo
- 3 Personale amministrativo

#### Sorveglianza Malattie Infettive

- 4 Dirigenti Medici
- 1 Assistente Sanitario

#### Capacity Building e Cooperazione Internazionale

- 1 Dirigente Amministrativo
- 1 Personale amministrativo

#### Sorveglianza ICA

- 1 Dirigente Medico
- 2 infermieri

#### Governance Vaccinazioni Internazionali

- 3 Dirigenti medici

#### POLO TERRITORIALE

Nel polo territoriale si riscontra un incremento degli Assistenti Sociali dovuto alla corretta riassegnazione degli stessi dal Polo Ospedaliero al Polo Territoriale.

1. Sono stati inseriti gli incrementi relativi all'acquisizione di personale "Panflu" come di seguito indicato:

- Dirigenza Medica: n. 15 teste (di cui 13 in area prevenzione e 2 in cure primarie)
- Assistenti Sanitari: n. 1 testa

#### **DO 2026**

#### POLO TERRITORIALE

Nel polo territoriale si riscontrano le seguenti aggiunte:

- 18 infermieri per l'apertura di nuovi ODC
- 8 infermieri per UCA
- 12 OSS per l'apertura di nuovi ODC



### 3.3.3 Strategie di copertura del Fabbisogno

L'Azienda effettua una coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, in considerazione dell'attuale quadro normativo e nel rispetto dei limiti assunzionali. In particolare, l'ASST adotta una strategia di copertura del fabbisogno basandosi sulle sue facoltà assunzionali disponibili, ordinarie e straordinarie, in conformità alle disposizioni normative vigenti in materia.

Le facoltà assunzionali ordinarie derivano dal calcolo del turn over. In altri termini, rappresentano i risparmi derivanti da cessazioni del personale di ruolo avvenute nell'anno precedente.

Le facoltà assunzionali straordinarie sono previste da specifiche norme, in aggiunta a quelle ordinarie, finalizzate al reclutamento di personale. Un esempio è fornito dal DM 77/2022 e dalla L.R. 22/21, relativamente alla nuova definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, che sta comportando e comporterà la necessità di effettuare nuove assunzioni. Sempre in riferimento alla predisposizione del PTFP 2023-2025 l'ASST ha anche potuto contare sul finanziamento stanziato da Regione Lombardia per la gestione del servizio di assistenza domiciliare integrata, che, ai sensi del DL 34/2020 tutte le Aziende Sanitarie devono implementare.

In linea generale, il reclutamento di personale esterno per la copertura del fabbisogno aziendale avviene secondo modalità e procedure stabilite dalla legislazione vigente, facendo ricorso agli istituti disciplinati dalle seguenti normative specifiche oltre che dai contratti collettivi nazionali vigenti per la dirigenza area sanità, dirigenza professionale-tecnica-amministrativa e comparto sanità:

- Avvisi di mobilità in entrata: art. 30 e 34 bis del D.Lgs, n. 165/01 e s.m.i.;
- Avvisi a tempo determinato: D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 (dirigenza) - D.P.R. n. 220 del 27 marzo 2001 (comparto);
- Avvisi di pubblico concorso: D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 (dirigenza) - D.P.R. n. 220 del 27 marzo 2001 (comparto);
- Avvisi di conferimento incarichi quinquennali di Direttore Struttura Complessa: D.P.R. n. 484 del 10.12.1997;
- Utilizzo graduatoria altri enti: Legge 24.12.2003;
- Avvisi di stabilizzazione: art. 20, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.;
- Selezioni, per il personale del comparto cat. A e B, mediante richiesta al Centro per l'impiego: Legge n. 56/87 - D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220;

- Avvisi conferimento incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7, commi 6 e 6 bis del D.L.gs n. 165/2001 e s.m.i. che possono essere attivati per:
- Specifiche attività progettuali;
- Reclutamento di personale di discipline critiche;
- Attività di emergenza ed attività vaccinale.

### 3.4 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

La ASST Fatebenefratelli Sacco riconosce la formazione e l'aggiornamento del personale quali leve strategiche per lo sviluppo professionale degli operatori, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

La formazione e l'aggiornamento, oltre ad essere considerati processi di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, sono assunti dall'Azienda come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo, nell'ottica di incrementare la qualità e offrire a tutto il personale l'opportunità di aggiornarsi, per favorire i processi di cambiamento e innovazione della pubblica amministrazione in generale e della sanità in particolare, garantendo l'acquisizione di nuove competenze, contribuendo a rafforzare nelle strutture pubbliche la cultura del servizio all'utenza.

Il Piano di Formazione aziendale è lo strumento della Direzione Strategica che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento di obiettivi di sviluppo aziendale e professionale.

La costruzione del Piano di Formazione Aziendale è un processo incrementale, che vede come elementi in ingresso:

- la normativa nazionale e regionale,
- le Regole di sistema regionali annuali,
- le linee di indirizzo della Direzione Strategica,
- il Piano delle performance;
- le istanze formative dei committenti aziendali.

La progettualità formativa è orientata a:

- coinvolgere tutte le categorie professionali presenti in Azienda;
- valorizzare le professionalità interne dell'azienda attraverso il loro coinvolgimento in attività di Responsabili Scientifici, Docenti, Tutor, Relatori, Autori di testi per formazione FAD;
- utilizzare le diverse leve induttive e deduttive;
- promuovere strumenti innovativi (ad es. simulazioni, on the job, e-learning, Fad sincrona e asincrona) per facilitare l'acquisizione di conoscenze e abilità;



- dare la possibilità ai dipendenti di fruire di iniziative promosse in Azienda o di adire a percorsi extra aziendali obbligatori;
- garantire una formazione specifica e coerente con le linee di sviluppo normativo e aziendale a tutto il personale tecnico-amministrativo;
- garantire l'erogazione dei crediti formativi per professionisti sanitari in coerenza con le indicazioni ECM-CPD;
- garantire l'erogazione dei crediti formativi per Assistenti sociali accreditando gli eventi nel portale dedicato.

Le attività formative si dividono nelle seguenti tematiche portanti:

- Manageriali (leadership, tecniche di negoziazione e gestione Conflitti, Problem Solving , Decision making);
- Assessment, Motivazione ed Empowerment
- Comunicativo - relazionali
- NTS - Non Technical Skill
- Tecnico-Professionali – Specialistiche.

Sono confermate per l'anno 2026 le specifiche tematiche formative su cui si ritiene strategico promuovere la progettazione di eventi formativi ovvero nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, l'integrazione interaziendale ospedale/territorio, tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori, azioni formative a sostegno delle capacità relazionali, implementazione della Medicina Digitale, Telemedicina e Tele-riabilitazione nell'ambito delle cure domiciliari, cure palliative, prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Per l'anno 2026, al fine di dotare il management dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico delle competenze necessarie per gestire le strutture dedicate al supporto tecnico/amministrativo degli Enti e in considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, dovrà essere perseguito l'obiettivo di garantire un'offerta formativa specifica rivolta a tali profili professionali, anche attraverso la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi. Anche per il personale tecnico ed amministrativo si dovrà provvedere ad inserire nel Piano di Formazione iniziative formative utili a garantire il miglior svolgimento delle attività.

Per l'anno 2026, gli Uffici stanno provvedendo a redigere il Piano delle Attività di Formazione del Personale attraverso la raccolta dei fabbisogni formativi espressi dalle Direzioni Dipartimentali, dalle Direzioni di Struttura Complessa, dal DAPSS, dagli Uffici di Staff. Quindi si provvederà a sottoporlo al Comitato Tecnico Scientifico per l'approvazione. La conclusione di tutto il processo è prevista per la fine del mese di febbraio 2026 con l'adozione del provvedimento deliberativo entro la metà di marzo del 2026, come previsto dal Manuale di Accreditamento per l'erogazione di eventi ECM – CPD Regione Lombardia e confermato nelle



Regole in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 e agli obiettivi adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025.

Facendo riferimento alla formazione erogata nell'anno 2025, l'ASST in qualità di Provider accreditato ha fornito piena collaborazione per il completamento degli obiettivi nazionali e regionali nell'ambito del **PNRR – Mission 6 – Component 2 SUB 2.2.B**, che ha previsto l'inserimento di percorsi formativi destinati in particolare:

- alla **Formazione per la prevenzione delle ICA (Infezioni correlate all'Assistenza)**, completando il percorso formativo avviato nel 2024 sviluppato su quattro moduli (A – B – C e D) con il primo modulo A erogato sul Portale EDUISS con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, continuato nel 2025 con l'erogazione di una FAD Modulo B e concluso con una parte pratica (Moduli B e C) tramite erogazione di percorsi di formazione sul campo, erogati direttamente in Azienda con il supporto di personale interno che ha permesso a 2.191 discenti tra dirigenti medici e sanitari, infermieri, tecnici sanitari e altre professionalità sanitarie del comparto di completare un percorso di 14 ore di formazione con riconoscimento dei relativi crediti; contemporaneamente per gli operatori dei CIO (per l'ASST 11 professionisti sanitari componenti del Comitato Infezioni Ospedaliere) è stata erogata la formazione specifica "Modulo D";
- al **Programma regionale di formazione per l'accrescimento delle competenze digitali in ambito sanitario FSE Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0** che, tramite un **nuovo portale**, prevede l'erogazione di interventi formativi e informativi mirati a familiarizzare con gli strumenti di raccolta, elaborazione e analisi dei dati sanitari, con l'erogazione di eventi formativi in Azienda rivolti ai Key User e favorendo la partecipazione del Management Sanitario e Amministrativo alle iniziative formative all'uopo dedicate;
- al **Progetto Cartella Clinica Regionale Unificata NGH Informatizzata** che ha visto l'erogazione di 94 edizioni formative dedicate a dirigenti medici e sanitari, infermieri e professionisti sanitari con l'obiettivo di introdurre in azienda la nuova cartella clinica informatizzata. Per ottimizzare l'inserimento dei dati, la loro gestione, la fruibilità ed archiviazione si è reso necessario attivare un percorso formativo che ha coinvolto tutto il personale sanitario che, a seconda del ruolo ricoperto, andrà ad interagire con il nuovo gestionale;
- al **Percorso chirurgico SALE OPERATORIE DIGISTAT** che ha visto l'erogazione di 43 edizioni dedicate a dirigenti medici e infermieri con l'obiettivo di uniformare gli applicativi ad oggi utilizzati nei Blocchi Operatori aziendali in un unico strumento di pianificazione, monitoraggio e rendicontazione, in quanto la pianificazione degli interventi non verrà più eseguita su «Planning sale operatorie» ma verrà effettuata sull'applicativo DIGISTAT, che permetterà di visualizzare gli interventi programmati.

Per quanto riguarda l'attività formativa erogata nell'anno 2025, può essere così riassunta:

- n. 562 eventi accreditati (di cui 547 “in piano” e 15 “fuori piano”)
- n. 153 eventi annullati
- n. 10 eventi non accreditati (16 edizioni) in quanto rivolti a personale esente da crediti o non accreditabile secondo le regole ECM
- n. 986 edizioni previste
- n. 808 edizioni erogate
- n. 178 edizioni cancellate.

Per quanto riguarda la tipologia degli eventi formativi accreditati ed effettivamente erogati, possono essere così riepilogate:

<b>Tipologie Eventi formativi</b>	<b>Eventi erogati</b>
Attività di addestramento	34
Corsi Residenziali	107
FAD E-Learning	16
FSC - Gruppi Miglioramento	252
<b>Totale</b>	<b>409</b>

## 4. MONITORAGGIO

### 4.1 Monitoraggio delle sezioni “Valore Pubblico” e “Performance”

Come anticipato al cap. 2, l’ASST Fatebenefratelli Sacco ha adottato un sistema premiante avente come perno centrale il budget, documento di programmazione che definisce gli obiettivi strategici di ciascuna Unità organizzativa all’interno dell’Azienda.

Il budget è uno strumento che permette di passare da una logica dei mezzi (input) a quella dei risultati (output e outcome). In tale prospettiva, gli obiettivi pianificati e programmati dall’Azienda si basano su delle dimensioni cardini, ovvero:

- Efficienza: intesa come rapporto tra le risorse utilizzate per l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari ed i risultati conseguiti;
- Efficacia: Intesa come rapporto tra obiettivi prefissati e risultati conseguiti;

- **Appropriatezza:** intesa come adeguata pianificazione strategica in linea con le risorse limitate disponibili.

Con tale premessa, si può evincere come il sistema di Controllo di Gestione adottato dall'ASST Fatebenefratelli Sacco non può basarsi esclusivamente sulla programmazione di obiettivi strategici, ma anche, e soprattutto, nel loro monitoraggio.

Già il decreto legislativo 150/2009 ha consentito alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento continuo. Per produrre un miglioramento tangibile e garantire una trasparenza dei risultati, il ciclo di gestione della performance offre alle amministrazioni un quadro di azione, articolato nelle seguenti fasi:

- **Pianificazione** - si definiscono gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, si collegano tali obiettivi alle risorse, si individuano gli indicatori per il monitoraggio, si stabiliscono gli obiettivi e gli indicatori per la valutazione del personale dirigenziale.
- **Monitoraggio** - I progressi ottenuti nel perseguimento degli obiettivi sono monitorati nel corso dell'esercizio attraverso gli indicatori selezionati e, se sono individuati degli scostamenti tra quanto atteso e quanto conseguito, si mettono in atto azioni correttive per colmare tali scostamenti;
- **Valutazione** - La valutazione della performance organizzativa ed individuale è realizzata dall'Organismo indipendente di valutazione e/o Nucleo di Valutazione sulla base della normativa vigente, nonché delle nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale (Direttiva ministeriale del 28/11/2028), avvalendosi della collaborazione della SC Controllo di Gestione e Flussi;
- **Rendicontazione** - Annualmente viene redatto alla fine dell'esercizio un documento, la relazione sulla performance, che evidenzia i risultati ottenuti a consuntivo in rapporto a quelli desiderati espressi nel piano.

Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009, il Nucleo di Valutazione svolge attività di validazione del monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi programmati, che vengono annualmente declinati all'interno del ciclo di Budget della ASST e periodicamente misurati, in funzione della periodicità definita dai singoli indicatori.

Monitorare l'attività generata dall'Azienda mediante le proprie azioni e il relativo costo, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti, negli ambiti delineati dalle strategie aziendali, a livello di struttura a cui sono stati assegnati degli obiettivi operativi di attività e di gestione dei costi. Verificare



periodicamente se gli obiettivi prefissati sono raggiungibili, o meno, è necessario porre in essere delle eventuali azioni correttive per permettere a fine dell'anno il loro raggiungimento o una rimodulazione. Il calcolo puntuale relativo ai singoli indicatori avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali ed elaborandoli tramite vari strumenti di analisi e in particolare integrando le banche dati nel Dataware House Aziendale.

Gli obiettivi qualitativo/documentali sono valutati in base al materiale pervenuto alla SC Controllo di Gestione e Flussi congiuntamente con la Direzione di riferimento della struttura valutata.

Nel seguente paragrafo, verranno esposte le progettualità e gli obiettivi definiti nel PIAO 2023-2025 dell'ASST Fatebenefratelli Sacco ed una sintetica descrizione rispetto al loro grado di raggiungimento nell'esercizio appena concluso.

### 4.1.1 Monitoraggio Performance 2025

OUTCOME	OBIETTIVO	INDICATORE 2025	RENDICONTAZIONE
<b>Attuazione L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità</b>	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo il cronoprogramma relativo allo stato di avanzamento del PNRR component 2	Apertura due Ospedali di Comunità: Principessa Jolanda Sassi (Distretto Municipio 1), Piceno (Distretto Municipio 4 con 2 moduli da 10 posti letto).	Sono state rispettate le scadenze definite all'interno delle schede AGENAS per l'esercizio 2025
<b>Facilitare l'accesso del cittadino ai servizi di prevenzione e cura senza rivolgersi all'ospedale</b>	Modificare il sistema di offerta nei confronti del cittadino tramite l'attivazione di servizi territoriali gestiti prevalentemente da personale infermieristico	Mantenimento/implementazione Attività Domiciliare, presa in carico del 3,5% degli over 65 e sviluppo di progetti per gli under 65 con necessità di supporto intensivo. Target PIC SIAD intermedio netto pari a 11.204	E' stato fortemente implementato il servizio di assistenza domiciliare da parte degli infermieri di famiglia nel corso dell'anno ed è stato attivato il servizio di erogazione diretta CDOM
<b>Migliorare i tempi di risposta nei confronti degli utenti</b>	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri (sia oncologici che non) e per le prestazioni ambulatoriali	Raggiungimento dei target definiti dalla Direzione Generale Welfare	È stato raggiunto il target per le prestazioni ambulatoriali relative al monitoraggio dei tempi di attesa, con un risultato del 91,5% rispetto all'obiettivo. Tuttavia, l'obiettivo per i tempi di attesa dei ricoveri è stato parzialmente rispettato a causa della riduzione dei posti letto al Sacco e Buzzi e della disponibilità di servizi presso il PO FBF.
<b>deguamento/sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti</b>	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	Rispetto del cronoprogramma relativo ai finanziamenti legge Arcuri e PNRR – aggiornamento 2025	In fase di rimodulazione la destinazione dei fondi per impossibilità di proseguire con i precedenti progetti

<p><b>Migliorare la gestione del percorso di ricovero tramite un sistema integrato di gestione delle informazioni che consentirà il collegamento anche con gli episodi territoriali</b></p>	<p>Diffusione nuova Cartella Clinica Elettronica regionale (CCE) a tutte le specialità cliniche ed ampliamento delle funzioni della stessa, con gestione della farmacoterapia.</p> <p>Introduzione di una nuova CCE in Terapia Intensiva con integrazione delle apparecchiature elettromedicali.</p> <p>Evoluzione della CCE con funzionalità per la gestione di percorsi digitali integrati Ospedale-Territorio.</p>	<p>Consolidamento cartella e rilasci dei verticali ad essa connessa</p>	<p>E' stata completata la diffusione della CCE in tutti i reparti dei presidi sede di DEA e implementato contestualmente l'utilizzo della farmacoterapia. E' stato attivato l'utilizzo della cartella dedicata alle Terapie Intensive.</p>
<p><b>Reingegnerizzazione dei processi tramite l'utilizzo di metadati</b></p>	<p>Attivazione piattaforma Data Lake ed intelligenza artificiale per l'analisi massiva ed il supporto alle decisioni cliniche.</p>	<p>Rispetto del cronoprogramma definito per l'anno 2025</p>	<p>Validati gli ETL relativi al PS</p> <p>Implementato modulo per la gestione della performance organizzativa</p> <p>Implementata acquisizione dati ADI e Dipendenze</p>
<p><b>Ridurre i tempi di permanenza in PS</b></p>	<p>Rivedere il percorso del paziente all'interno dei due PS generalisti, riducendo il tempo di boarding per coloro che sono in attesa di ricovero</p>	<p>Analisi dei dati e definizione delle azioni volte al raggiungimento di un tempo di boarding che in caso di superamento delle 8 ore dia evidenza di una progressiva riduzione in corso di anno. Confronto matrice EUOL-AREU</p>	<p>Si registra una riduzione del tempo di boarding complessivo dei pazienti che esitano in ricovero, pur se il tempo medio è superiore alle 8 ore.</p> <p>E' stata deliberata la nomina del bad manager e aggiornato il relativo regolamento.</p> <p>Sono stati ridotti nell'ultimo trimestre 2025 i tempi di "libero barella" e il range per la presa in carico dei codici arancioni.</p>

## ASST Fatebenefratelli Sacco

<p><b>Consolidare la cultura della donazione e migliorare i percorsi interni volti alla gestione della donazione. Implementare le possibilità di cura di pazienti arruolati nel percorso trapianti.</b></p>	<p>Ottimizzare il processo di prelievo organi e tessuti in accordo con le indicazioni fornite dalla rete regionale dei trapianti</p>	<p>Attivazione delle azioni di miglioramento definite per l'anno 2025</p>	<p>E' stato raggiunto il target regionale 2025 per quanto concerne il prelievo delle cornee. In resto dei dati oggetto di monitoraggio sono in linea con il precedente esercizio.</p>
<p><b>Migliorare il livello di efficienza dei processi tramite l'individuazione di procedure che garantiscano trasparenza ed uniformità delle azioni, rispetto delle norme e dei comportamenti degli operatori</b></p>	<p>Mappature dei processi organizzativi aziendali, individuati secondo la priorità individuata dal RPCT</p>	<p>Emissione procedure, secondo schemi della Qualità, dei processi delle SS/SC Entro 2025 Elenco procedure agli atti del RPCT</p>	<p>Attività svolta come descritto anche all'interno del paragrafo 2.3.4.2</p>
<p><b>Identificare e garantire un percorso di corretta presa in carico dei pazienti che non beneficiano della copertura delle prestazioni da parte del SSN</b></p>	<p>Uniformare i processi di presa in carico</p>	<p>Verifica e monitoraggio delle prestazioni erogate e delle non conformità su base annuale</p>	<p>E' stato attivato un tavolo di confronto con Regione Lombardia in cui sono state analizzate tutte le casistiche relative ai ricoveri e agli ambulatori con maggiore casistica. Sono state predisposte indicazioni da parte della struttura accoglienza e CUP aziendali da diffondere agli operatori</p>
<p><b>Riduzione della morbilità e della mortalità del paziente settico in ospedale</b></p>	<p>Identificazione e trattamento precoce della sepsi</p>	<p>Applicazione della procedura aziendale</p>	<p>Procedura aggiornata</p>
<p><b>Attuare un protocollo di sorveglianza attiva e passiva delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)</b></p>	<p>Rivedere e unificare a livello aziendale le procedure in materia</p>	<p>Analisi dei report e applicazione di eventuali azioni correttive. Analisi del consumo di antimicrobici</p>	<p>Sono stati effettuati due incontri sul tema e condivise le indicazioni</p>



## 4.2 Monitoraggio attività corruttiva e trasparenza

L'azione di controllo e verifica amministrativa è garantita dal RPCT principalmente attraverso la raccolta di informazioni, monitoraggio, verifiche, audit, svolti anche in collaborazione con altri soggetti volti al controllo interno e tramite la supervisione e vigilanza sugli obblighi di pubblicazione.

Al termine del processo di mappatura delle aree a rischio il RPCT individua i processi/attività ritenuti meritevoli di monitoraggio, in quanto possibili fonti di responsabilità in ordine al verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, condivide con i Direttori delle strutture interessate l'elenco delle misure preventive proposte al fine di contenere al massimo il rischio in parola, anche in ragione di quanto suggerito dall'ANAC nella Determinazione n. 12/2015.

Atteso che l'efficacia delle misure preventive è rapportata comunque a un modello "teorico" di contenimento del rischio, è opportuno procedere alla "misurazione" sul campo conseguentemente all'adozione delle stesse, che permette di rilevare le criticità, le non conformità e le carenze che, se non meglio governate o arginate, fanno correre all'Azienda il rischio di un aumento della probabilità che azioni illecite (anche se non necessariamente correlate al fenomeno corruttivo) possano essere perpetrate o, comunque, creino un ambiente più favorevole al loro prodursi.

L'obiettivo del monitoraggio e degli audit del RPCT è quello di costruire insieme ai Direttori/Responsabili delle Strutture un percorso efficace volto ad arginare le eventuali criticità emerse nella gestione dei processi di competenza, individuati dal RPCT, valutando l'efficienza delle misure applicate sino a quel momento e l'opportunità di adottarne di ulteriori.

Il monitoraggio viene effettuato, con cadenza semestrale rispetto all'adozione del Piano, richiedendo a ciascun Dirigente/Responsabile, tenuto all'adozione delle misure, un'apposita rendicontazione in ordine allo stato di attuazione delle misure previste nella sezione "*Misure generali e specifiche*".

Per quanto concerne la Trasparenza, dal punto di vista operativo sono i Responsabili dei settori interessati che provvedono alla puntuale e tempestiva pubblicazione dei dati e delle informazioni, nel rispetto delle scadenze monitorate da RPCT, garantendo - in ossequio a quanto stabilito dall'art. 43, comma 3, del D.lgs. n. 33/2013 - il tempestivo e regolare flusso informativo di legge, oltre a dati ulteriori, proprio a garanzia di maggior trasparenza dell'azione amministrativa.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) aziendale, con il supporto del RPCT aziendale, annualmente certifica l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, sulla base di apposita griglia predisposta dall'Autorità ANAC.

## 4.2.1 Monitoraggio e riesame dei rischi corruttivi

Il monitoraggio è l'attività continuativa di verifica dell'attuazione e della idoneità delle singole misure di trattamento del rischio che sono state programmate dall'amministrazione.

Rispetto alle misure generali e specifiche previste nel dettaglio nel cap. 2.3.3 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente PIAO si programma:

Monitoraggio	Responsabili	Modalità	Tempistica	Attività/misure
I livello: <b>Attuazione della sezione del Piano su prevenzione della corruzione</b>	Direttori/Responsabili individuati/referenti dell'anticorruzione	Su richiesta del RPCT, relazione da parte dei Direttori/responsabili SC/SS destinatari referenti per l'anticorruzione e trasparenza	Semestrale rispetto alla adozione del PIAO	Tutte le attività programmate e gli <u>obiettivi strategici</u> previsti dalla presente sezione del PIAO
I livello: <b>Attuazione delle misure programmate</b>	Direttori/Responsabili individuati per ogni singola misura preventiva	Su richiesta del RPCT, rendicontazione dei responsabili, in forma di autovalutazione/attestazione, sulla attuazione di tutte le misure programmate	Semestrale rispetto all'adozione del PIAO	Tutte le <u>misure adottate e da adottare previste dal cap.2.3.4</u> della presente sezione del PIAO e dall'allegato 2 del PIAO
Il livello: <b>Attuazione delle misure programmate</b>	RPCT	Acquisizione documentali per verificare a campione le rendicontazioni dei responsabili sulle misure più critiche per valutazione idoneità e per eventuali inadempimenti nel monitoraggio semestrale	Annuale	Processi interessati da revisioni o da criticità rilevate in sede di primo monitoraggio semestrale
<b>Valutazione del sistema di prevenzione e riesame</b>	RPCT e Direttori/Responsabili dei processi	<u>Dopo aggiornamento del registro dei rischi</u> , riesame su idoneità delle misure preventive al momento adottate per eventuale revisione.	Triennio	Valutazione e riesame su processi oggetto di nuova mappatura



Sulla base delle nuove mappature dei processi aziendali - attività ad oggi in corso di svolgimento da parte delle Strutture individuate dal RPCT – e del conseguente aggiornamento del registro dei rischi (sia per le aree già mappate che per quelle nuove), il RPCT ed i Responsabili delle aree interessate nel triennio procedono, congiuntamente, ad effettuare una valutazione sull'efficacia ed idoneità delle misure adottate per la prevenzione dei rischi dei processi esaminati, al fine di poter riesaminare il sistema di prevenzione della corruzione, aggiornando/revisionando, ove necessario, la programmazione delle misure di trattamento del rischio da adottare.

Nel corso del 2025 per le aree in cui si è aggiornato il registro dei rischi corruttivi si è provveduto ad aggiornare la programmazione delle misure di trattamento del rischio (come da all. 2 del PIAO)

Le aree ad oggi interessate dalla revisione delle mappature ed conseguente aggiornamento del registro dei rischi sono quelle individuate al cap. 2.3.4.2 "*mappature dei processi aziendali*" della presente sottosezione del PIAO e quelle ulteriori che verranno individuate annualmente.

Nell'anno 2025 il monitoraggio di I livello sull'attuazione della sezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione, nonché sulla attuazione delle misure preventive programmate è stato effettuato dal RPCT semestralmente, richiedendo ai Responsabili delle Strutture interessate un'apposita rendicontazione/attestazione in ordine all'applicazione delle misure generali e specifiche, di rispettiva competenza, programmate nel cap. 2.3.3 della sottosezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*" del PIAO 2025-2027.

A fine anno, inoltre, il RPCT ha richiesto ai Dirigenti Responsabili una rendicontazione annuale, a consuntivo, sull'attuazione della sottosezione del PIAO con particolare focus sulle misure che risultavano parzialmente adottate e sulle eventuali azioni correttive poste in essere successivamente alle rendicontazione semestrali.

Rispetto a queste ultime, nell'anno 2025, non sono emerse particolari criticità per le quali si è dovuto procedere ad un controllo di II livello sui singoli processi, salvo richiedere un ulteriore adeguamento sulle attività di pubblicazione dei documenti su AT nel rispetto nell'iter previsto per la validazione preliminare del Responsabile del dato e delle previsioni ANAC.

Il monitoraggio è uno strumento fruttuoso di ricognizione interna delle attività da parte delle Strutture interessate nonché di confronto diretto delle stesse con il RPCT, il quale costituisce indispensabile presupposto per una valutazione sull'efficacia delle misure adottate e sulla necessità di introdurne delle ulteriori.

Nell'ambito del monitoraggio di I livello sull'attuazione degli obiettivi strategici del PIAO 2025-2027, si dà atto che:

- le Strutture indicate dal RPCT hanno avviato o proseguito, in collaborazione con la SC Qualità e Rischio Clinico, l'attività di redazione/revisione delle mappature relative ai processi di loro competenza, propedeutica all'analisi del rischio in ambito corruttivo dei processi maggiormente esposti. Il RPCT ha poi proceduto, rispetto alle mappature completate/aggiornate e consegnate dalle Strutture coinvolte, alla fase dell'identificazione del rischio corruttivo nei processi indicati e maggiormente esposti, predisponendo apposite check-list sottoposte all'esame dei Responsabili delle Strutture affinché procedessero alla fase dell'analisi del rischio degli stessi, nonché all'eventuale integrazione. Le check-list sono state adeguate alle nuove indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi del PNA 2019 e PNA2022. Per alcune aree a rischio si è conclusa, a fine anno, anche la fase di stima del rischio delle mappature con la conseguente creazione del nuovo registro dei rischi, aggiornato alla nuova metodologia. E si è provveduto anche alla programmazione delle misure preventive specifiche. In alcuni casi, invece, si sono rilevati dei rallentamenti rispetto alle tempistiche attese nell'ambito della programmazione annuale sulle attività di mappatura e di analisi del rischio;
- è stata implementata la formazione sia in materia di prevenzione della corruzione nei settori a rischio, in particolare degli appalti, che in materia di Etica e Codice di comportamento del personale in servizio, con priorità per i neoassunti e per gli avanzamenti di carriera, soprattutto per quello assegnato alle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo;
- è stata effettuato il monitoraggio sul progetto attuativo del PNRR, in capo alla ASST, relativo alla costituzione delle Case di Comunità del triennio 2023/2025, richiedendo al Direttore della SC Gestione Tecnico-Patrimoniale, quale RUP del Progetto, di predisporre un'apposita rendicontazione trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto con l'indicazione delle fasi progettuali realizzate, degli interventi condotti e delle eventuali criticità emerse. Il RPCT ha preso atto delle rendicontazioni prodotte anche in sede dell'apposita Commissione dei controlli PNRR.



## 4.2.2 Monitoraggio sull'attuazione del programma per la trasparenza

In punto di verifica sull'effettività degli adempimenti in materia di pubblicazione, concorrono sia il RPCT sia il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il RPCT ha svolto stabilmente un'attività di controllo, così strutturata:

- monitoraggio periodico di primo livello (semestrale) degli adempimenti sulla Trasparenza, secondo le tempistiche previste nell'allegato 3 e rispetto al quale si intende procedere anche nel 2026 tramite l'acquisizione di attestazione o scheda di autovalutazione del Responsabile della elaborazione e pubblicazione dei dati;
- monitoraggio periodico di secondo livello (quadrimestrale) delle pubblicazioni da effettuare mediante verifica a campione delle sotto-sezioni di "Amministrazione Trasparente", con particolare attenzione agli adempimenti più frequenti o soggetti ad aggiornamenti normativi o di ANAC;
- inoltro di avvisi periodici ai Direttori/Responsabili delle diverse Strutture responsabili della pubblicazione, al fine di invitare ad ottemperare tempestivamente agli adempimenti di competenza, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, o segnalare eventuali criticità riscontrate;
- rendicontazione riassuntiva annuale sullo stato di assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza su modello predisposto dall'ANAC, da sottoporre al NVP in sede di attestazione annuale.

Nel rispetto della programmazione, nel corso del 2025 è proseguita e conclusa, da parte dei Dirigenti/referti delle Strutture interessate in coordinamento con il RPCT, l'attività di adeguamento della sezione di "Bandi di gara e contratti" al fine di renderla conforme al nuovo Codice dei contratti pubblici ed alle delibere attuative ANAC del 2023, attivando anche il flusso di pubblicazione tramite la BDNCP. Ed è stato posto un particolare focus sul format dei documenti soggetti a pubblicazione al fine di monitorare il rispetto del formato aperto o elaborabile.

Infine, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha il fondamentale compito di verificare lo stato di assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della ASST e di attestare annualmente, secondo le scadenze fissate da ANAC, l'avvenuto adempimento da parte della ASST. Il NVP ha provveduto anche per l'anno 2025 all'apposita attestazione, nei termini previsti dalla Delibera ANAC 2025, suggerendo al contempo di avviare l'iter di digitalizzazione dei provvedimenti deliberativi del Direttore Generale anche al fine di garantire la conformità di tali atti al formato aperto/elaborabile previsto per le pubblicazioni su Amministrazione Trasparente.



Nell'ambito dell'integrazione e collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, si prevede che l'ottemperanza delle attività/adempimenti previsti dalla sottosezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*" nonché dai relativi allegati al PIAO, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e dalla presente sottosezione sarà inserita nell'ambito della valutazione della performance organizzativa ed individuale dei Dirigenti responsabili dei relativi adempimenti.

#### **ALLEGATI PIAO 2026-2028**

ALL. 1 a) - registro rischi PRE 2024

ALL. 1 b) - registro rischi 2025

ALL. 2 - misure preventive

ALL 3. - pubblicazioni 2026