



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028

INDICE

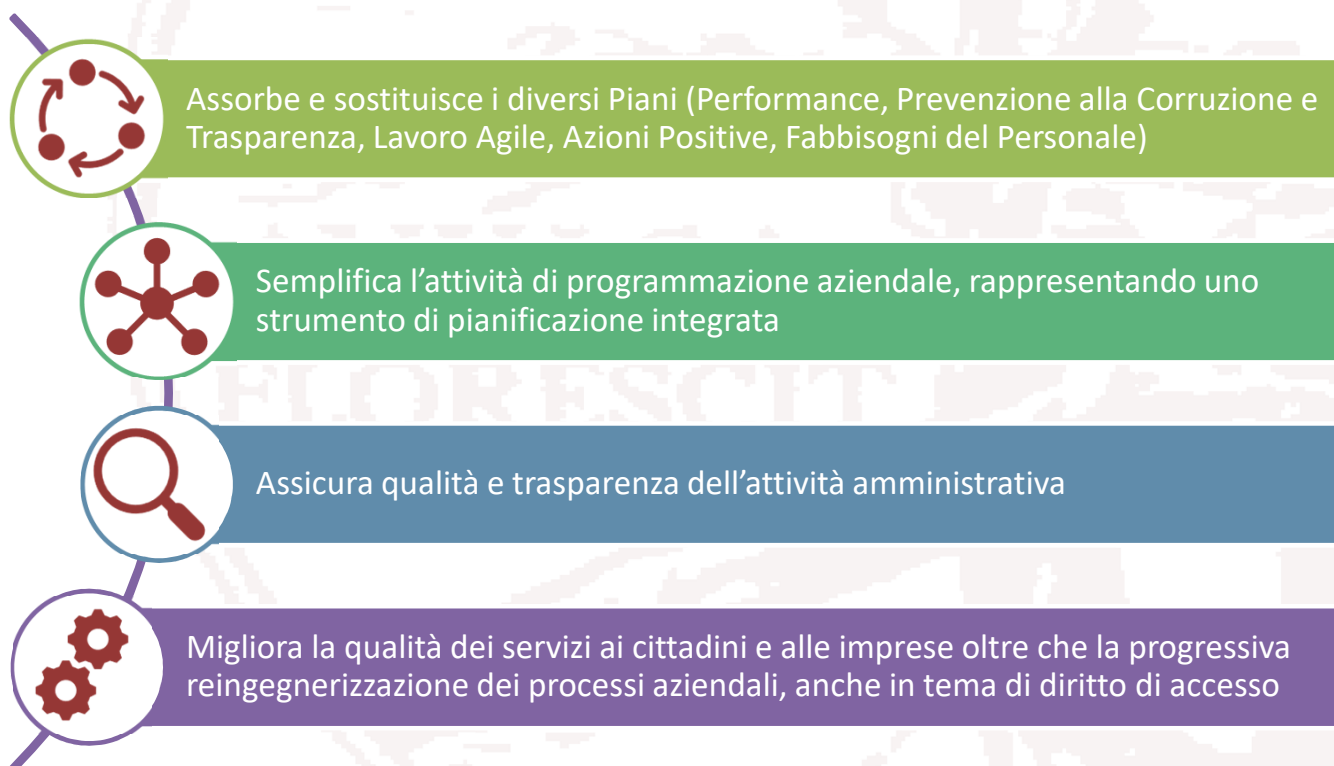
Premessa	pag. 3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO	pag. 5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	pag. 12
2.1 Valore Pubblico	pag. 13
2.2 Performance	pag. 18
2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza	pag. 31
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	pag. 60
3.1 Struttura organizzativa	pag. 61
3.2 Lavoro agile	pag. 65
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	pag. 67
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	pag. 82
Allegato: «Monitoraggio Anticorruzione e Trasparenza»	



PREMESSA

Finalità del PIAO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), adottato ai sensi dell'art. 6 D.L. 9 giugno 2021 n.80, convertito in Legge 6 agosto 2021 n. 113, ha le seguenti finalità:





SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO

Dati di sintesi

Denominazione		ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO
Sedi		<ul style="list-style-type: none">• Presidio Ospedaliero Gaetano Pini – Piazza Cardinal A. Ferrari, 1 – 20122 Milano• Polo Medicina Fisica e Riabilitazione «Fanny Finzi Ottolenghi» – Via Isocrate, 19 – 20126 Milano• Presidio Ospedaliero CTO – Via Bignami, 1 – 20126 Milano
Codice Fiscale e Partiva IVA		C.F. e P. IVA 09320530968
Sito Web		https://www.asst-pini-cto.it/
Atto costitutivo		L'ASST è stata costituita in data 01/01/2016 con D.G.R. n. X/4475 del 10/12/2015

La Vision

- Innovazione
- Ricerca
- Formazione
- Cura



La centralità del cittadino e la libera scelta del luogo di cura;



La valorizzazione delle risorse umane e professionali;



La sicurezza;



L'innovazione;



L'efficienza gestionale;



La promozione della legalità;



L'integrazione socio-sanitaria e l'attenzione alla persona e ai percorsi ospedale-territorio.



Promuovere con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle cure, centrando le politiche aziendali sull'individuo, soggetto di diritti costituzionalmente garantiti

Garantire servizi sanitari integrati conformi a standard di appropriatezza e di qualità in ottica di continuità assistenziale, sostenibilità, equità con tempi di attesa compatibili al bisogno di salute espresso

Promuovere lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi in grado di assicurare l'integrazione tra le diverse figure professionali, ospedaliere e territoriali, coinvolte nel percorso di cura, anche attraverso l'adesione a specifiche reti

Valorizzare le specifiche professionalità impegnate nel progetto di crescita aziendale, sviluppando, con un approccio di tipo multidisciplinare metodi di lavoro innovativi e fortemente integrati, rafforzando un atteggiamento cooperativo ed il senso di appartenenza aziendale

Valorizzare la didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche, reumatologiche, neurologiche, fisiatriche e riabilitative anche in collaborazione con le Università

Garantire nella fase post-acuta un tempestivo e appropriato percorso riabilitativo, grazie alla presenza in azienda di un polo di eccellenza dedicato a tali percorsi

La Mission

Gli Stakeholders



I numeri dell'ASST



382

Posti letto
medi attivi



54.684

Accessi PS



1.313

Dipendenti



€ 153.544.360

Valore della Produzione
da Bilancio



€ 61.320.990

Produzione Ricoveri



€ 16.984.522

Produzione Ambulatoriali
e PS

dati 2025



Analisi del contesto

Spunti strategici

SO: valorizzare la specializzazione per attrarre finanziamenti e ricerca.

WO: usare fondi PNRR per superare limiti strutturali e digitali.

ST: rafforzare il ruolo di hub pubblico.

WT: riorganizzare i processi per ridurre inefficienze e migliorare il clima organizzativo.

PUNTI DI FORZA INTERNI (Strengths)	Elevata specializzazione con riconoscimento storico	Strutture edilizie in parte datate, con necessità di ammodernamento	PUNTI DI DEBOLEZZA INTERNI (Weaknesses)
	Alto volume di interventi chirurgici complessi e specialistici	Elevata pressione assistenziale che può generare liste d'attesa e sovraccarico del personale	
	Personale sanitario altamente qualificato	Rigidità organizzative tipiche del settore pubblico	
	Integrazione tra fase acuta e riabilitativa	Carenza di personale sanitario (fenomeno nazionale), soprattutto infermieristico	
	Modello organizzativo orientato alla continuità della cura e presa in carico globale del paziente, con attenzione al nucleo familiare/care giver	Limitata autonomia finanziaria, dipendenza da finanziamenti regionali	
	Attività di ricerca clinica e formazione	Complessità nella gestione dei percorsi multidisciplinari	
	Collocazione urbana strategica (Milano), facilmente accessibile		
OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)	Invecchiamento della popolazione, con aumento della domanda di prestazioni ortopediche e riabilitative	Disallineamento tra le risorse economiche assegnate e i fabbisogni necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo e potenziamento dei servizi	MINACCE ESTERNE (Threats)
	Sviluppo della chirurgia mini-invasiva, robotica e protesica custom-made	Competizione con strutture private accreditate, spesso più flessibili	
	Telemedicina e teleriabilitazione, soprattutto nel follow-up	Aumento del contenzioso medico-legale	
	Finanziamenti PNRR per ammodernamento strutturale, digitalizzazione, innovazione tecnologica	Difficoltà nel reclutamento e mantenimento del personale	
	Collaborazioni con università e centri di ricerca	Evoluzione normativa frequente (SSR, LEA, accreditamenti)	
	Reti cliniche regionali	Aspettative crescenti dei cittadini in termini di tempi e qualità del servizio	
	Percorsi di cura integrati		
Contrazione dell'offerta concorrente nel settore ortopedico-riabilitativo sul territorio			
Crescente attenzione alla qualità e agli esiti di cura (value-based healthcare)			



SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione 2.1: Valore Pubblico



Il **Valore Pubblico** rappresenta il miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale e sanitario delle comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder dell'Azienda



La creazione di **Valore Pubblico** rappresenta una declinazione del principio costituzionale di "*buon andamento*", inteso come rispetto dei canoni di efficacia, efficienza ed economicità. Tali canoni non vengono misurati in astratto, ma sono, ai fini della creazione del Valore Pubblico, concretamente declinati rispetto alle esigenze degli stakeholder di riferimento per l'Azienda, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

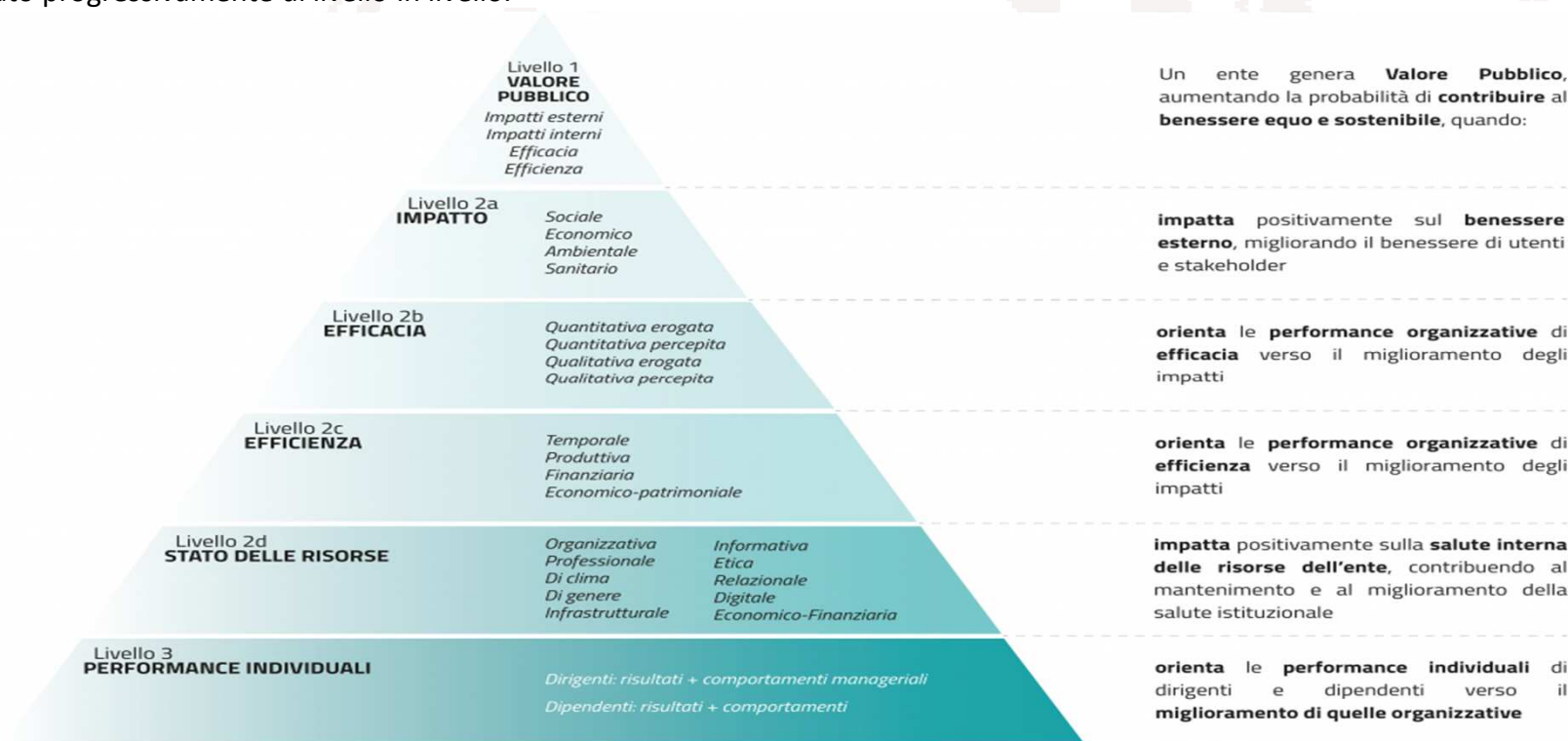
I Pilastri di Valore Pubblico



La piramide del Valore Pubblico

L'individuazione degli Obiettivi di Valore Pubblico è guidata dai principi del framework della "Piramide del Valore Pubblico", articolato in diverse dimensioni della performance misurabili attraverso specifici indicatori.

La logica piramidale di accumulazione progressiva di Valore si fonda sulla combinazione di indicatori contenuti in vari livelli, considerando che il Valore viene accumulato progressivamente di livello in livello.



Gli obiettivi di Valore Pubblico/1

Cod. Obiettivo	Valore Pubblico	Strategia	Impatto	Responsabile	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazione	Pilastro Valore Pubblico	Peso
VP1	Raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale e degli obiettivi previsti dal contratto ATS	Realizzazione di attività finalizzate al conseguimento degli obiettivi aziendali di interesse regionale e degli obiettivi previsti dal contratto ATS	Indicatori definiti da provvedimenti regionali e dal contratto ATS	Tutte le Strutture	Tutte le Strutture	31/12/2026	Mensile	Accessibilità alle cure	5
VP2	Accesso ai servizi sanitari per i cittadini, incremento della fiducia nel SSR e riduzione delle disuguaglianze territoriali	<ol style="list-style-type: none"> Riorganizzazione delle agende ambulatoriali Estensione dell'utilizzo di percorsi fast-track per specifiche patologie Utilizzo della telemedicina per visite di controllo e follow-up Integrazione con le strutture territoriali e la rete regionale ortopedica Monitoraggio continuo delle liste d'attesa e dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso 	Riduzione dei tempi di attesa e miglioramento dell'accessibilità alle cure	RUA	Tutte le Strutture Sanitarie	2026-2028	Trimestrale	Accessibilità alle cure	25
VP3	Uso responsabile delle risorse collettive e continuità del servizio pubblico nel medio-lungo periodo	<ol style="list-style-type: none"> Introduzione di modelli di <i>value-based healthcare</i> Riduzione delle degenze inappropriate e delle riammissioni Miglioramento dei processi di procurement e gestione dei dispositivi medici 	Sostenibilità economica e uso efficiente delle risorse pubbliche	Direzione Medica di Presidio	Acquisti Ingegneria Clinica Tutte le Strutture Sanitarie	2026-2028	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	20
VP4	Servizi più moderni, efficienti e accessibili per una migliore continuità assistenziale	<ol style="list-style-type: none"> Digitalizzazione dei percorsi clinici e amministrativi Potenziamento delle apparecchiature sanitarie ad alta tecnologia Utilizzo dei fondi PNRR per l'ammodernamento tecnologico Integrazione dei sistemi informativi ospedale-territorio Formazione del personale sulle competenze digitali 	Promozione dell'innovazione tecnologica e digitale al servizio del cittadino	Sistemi Informativi Aziendali	Gestione cronicità Acquisti Ingegneria Clinica Risorse Umane (Formazione)	2026-2028	Trimestrale	Digitalizzazione/ Formazione	15
VP5	Attrattività dell'ASST come datore di lavoro pubblico, riduzione del turnover e del burnout, con conseguente miglioramento della qualità delle cure	<ol style="list-style-type: none"> Piani di sviluppo professionale e formazione continua Rafforzamento dei team multidisciplinari Politiche di welfare organizzativo e flessibilità Miglioramento della comunicazione interna e del coinvolgimento del personale Programmi di prevenzione alla violenza sugli operatori sanitari e supporto psicologico Azioni rivolte ai corretti comportamenti tra colleghi nell'ambiente di lavoro (parità di genere) 	Valorizzazione del capitale umano e miglioramento del benessere organizzativo	Risorse Umane	Direzione Sanitaria Socio-	2026-2028	Trimestrale	Pari opportunità ed equilibrio di genere/ Formazione	5
VP6	Avanzamento della conoscenza scientifica	<ol style="list-style-type: none"> Potenziamento delle attività di ricerca clinica Partecipazione a reti nazionali e internazionali Sviluppo di partnership con università e IRCCS Coinvolgimento di specializzandi e giovani professionisti Diffusione delle buone pratiche cliniche nel SSR 	Rafforzamento del ruolo di centro pubblico di riferimento e di ricerca	Comitato Tecnico-Scientifico	Tutte le Strutture Sanitarie	2026-2028	Trimestrale	Accessibilità alle cure/ Formazione	5

Gli obiettivi di Valore Pubblico/2

Cod. Obiettivo	Valore Pubblico	Strategia	Impatto	Responsabile	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazione	Pilastro Valore Pubblico	Peso
VP7	Fiducia, partecipazione e accountability	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicazione chiara su tempi, percorsi ed esiti 2. Utilizzo di strumenti di ascolto (questionari di soddisfazione) 3. Rafforzamento dell'URP e dei canali digitali 4. Pubblicazione di dati su qualità ed esiti delle cure 5. Coinvolgimento delle associazioni di pazienti e di volontariato 	Miglioramento della trasparenza e della relazione con i cittadini	URP	Tutte le Strutture	2026-2028	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	5
VP8	Sicurezza di pazienti e operatori sanitari, riducendo i rischi clinici e lavorativi e promuovendo cure sicure e di qualità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione e gestione del rischio clinico 2. Utilizzo di tecnologie e apparecchiature sanitarie sicure e innovative 3. Tutela della sicurezza dei lavoratori 4. Formazione continua e diffusione della cultura della sicurezza 5. Ammodernamento delle strutture edilizie e dei luoghi di lavoro 6. Rafforzamento della sicurezza informatica (Cyber Security) 	Riduzione di eventi avversi e infortuni, miglioramento della qualità delle cure e aumento della fiducia di cittadini e operatori nel sistema sanitario	Direzione Medica di Presidio-Risk Manager-RSP- Servizio Tecnico-SIA	Tutte le Strutture	2026-2028	Trimestrale	Accessibilità alle cure/Formazione	15
VP9	Rafforzamento della trasparenza amministrativa, dell'integrità istituzionale e della prevenzione dei fenomeni corruttivi, a tutela della legalità e della fiducia dei cittadini	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2. Completezza e aggiornamento dei dati/informazioni pubblicate in "Amministrazione Trasparente" 3. Potenziamento di iniziative formative sull'applicazione del Codice di comportamento 4. Implementazione dei sistemi di controllo e monitoraggio attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare 5. Incentivazione alla partecipazione di cittadini e stakeholder attraverso: l'accesso civico e i canali di segnalazione (whistleblowing) garantendo tutela e riservatezza. 	Miglioramento della trasparenza, riduzione del rischio corruttivo e rafforzamento della fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie pubbliche	RPCT	Tutte le Strutture	2026-2028	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi/ Formazione	5
									100

Sottosezione di programmazione 2.2: Performance



La sottosezione “*Performance*” del PIAO rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati, in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria, gli Obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa.



Il Sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l’attuazione del ciclo di gestione della performance.



Trasversale alla performance è il **benessere organizzativo**, che, attraverso una serie di strumenti (es. CUG, piani di miglioramento, sistemi di comunicazione interna...), ha lo scopo di valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei collaboratori, accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria Amministrazione.



Ciclo della Performance - 1

Programmazione:

la Direzione Strategica definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori

Formulazione del budget:

viene predisposta la scheda di budget, condivisa con il Collegio di Direzione, articolata per ogni struttura sanitaria, amministrativa e di staff, che viene discussa con i Responsabili di Dipartimento ed i Responsabili di Struttura

Svolgimento e monitoraggio dell'attività:

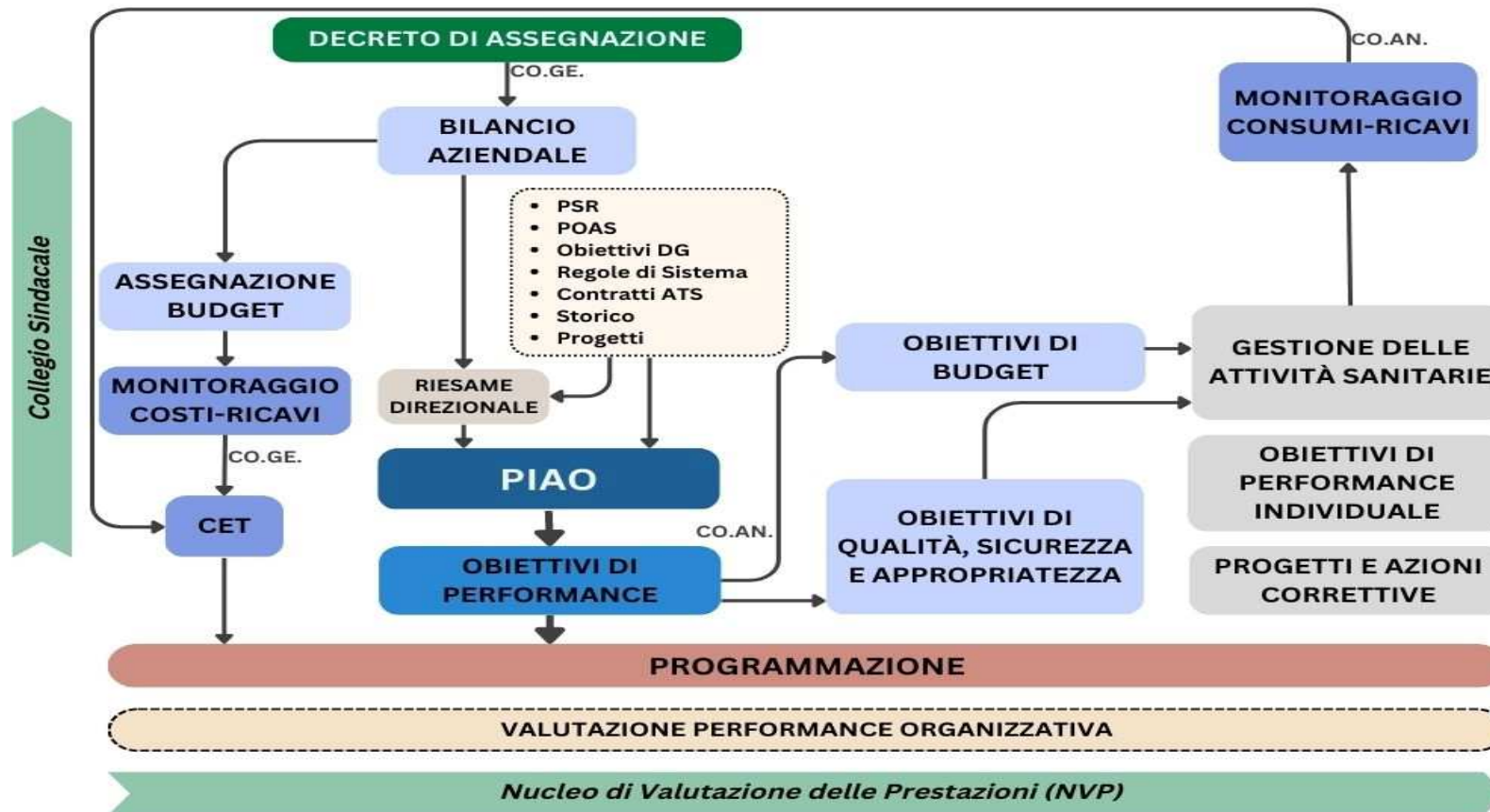
produzione di report periodici

Valutazione:

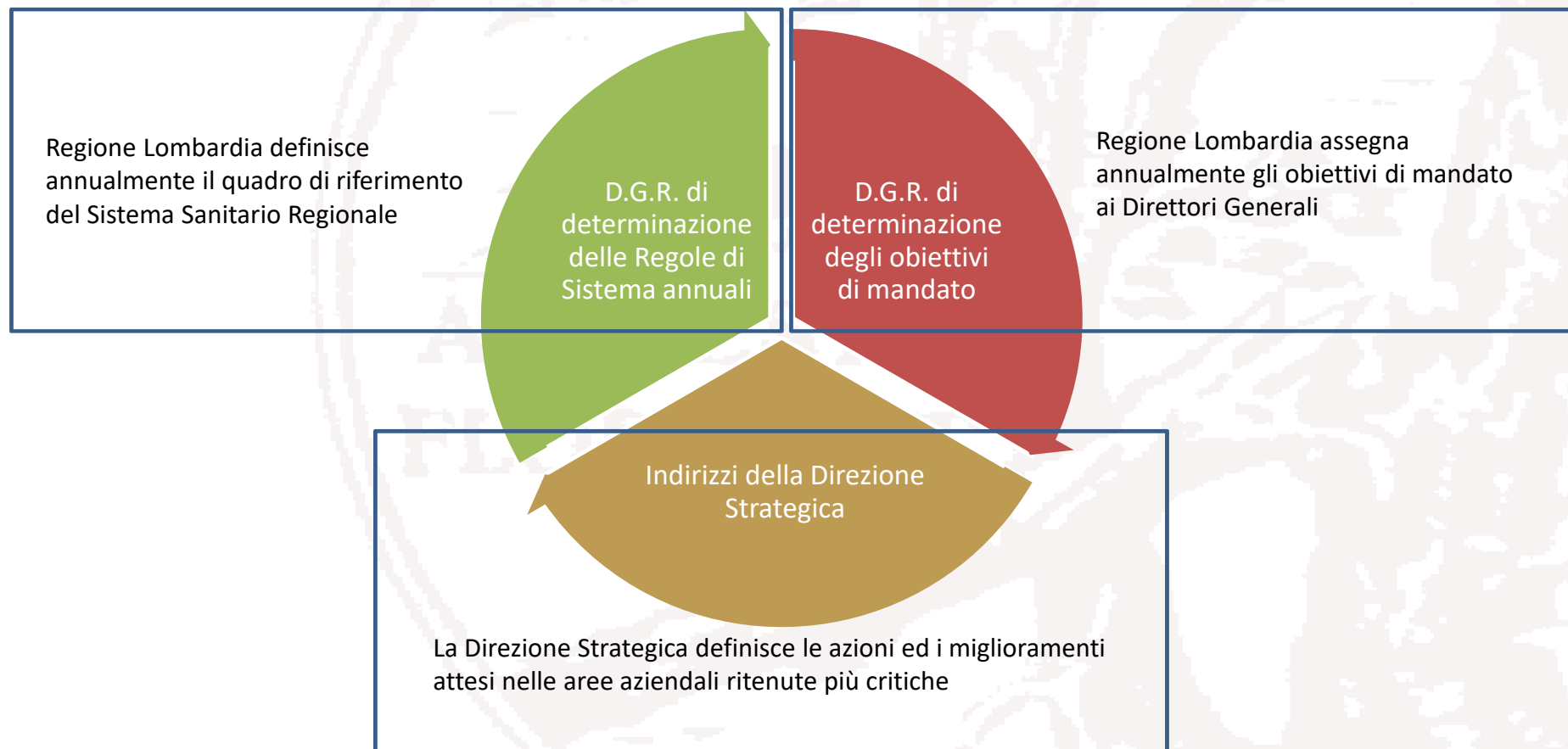
verifica dei risultati e valutazione di dinamiche che possono aver provocato criticità nei risultati di specifici Centri di Responsabilità

UOS Controllo di Gestione

Ciclo della Performance - 2



Linee di indirizzo - 1



Linee di indirizzo - 2



Regole di Sistema 2026

Con D.G.R. n. 5589 del 30 dicembre 2025 Regione Lombardia ha definito le linee programmatiche per l'anno 2026, da cui l'ASST recepisce le aree di competenza.

1	Monitoraggio liste di attesa
2	Ricerca
3	Reti
4	Sistemi informativi e sanità digitale
5	Investimenti
6	Polo Ospedaliero
7	Gestione del Personale
8	Prevenzione & Public Health
9	Farmaceutica e protesica
10	Gestione economica-finanziaria
11	Attori, Organizzazioni e processi
12	Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR
13	Obiettivi Direttori Generali

Obiettivi del Direttore Generale 2026

Con **D.G.R. n. 5589 del 30 dicembre 2025**, Regione Lombardia ha definito le aree di intervento degli **obiettivi dei Direttori Generali** del SSR.

Tali obiettivi sono stati successivamente **declinati a livello aziendale per l'ASST Pini/CTO** con **Decreto n. 604 del 22 gennaio 2026**, individuando le priorità operative e gli indicatori di monitoraggio

OBIETTIVI STRATEGICI

AREA	Obiettivo	N. obiettivi	Peso	Valutazione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	2	11	Per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo viene diminuito del 50%
Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	3	6	Per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	1	2	Per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%
	Aumento della tempestività di invio dei flussi	2		
	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	6		
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	6	2	Anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica
Liste d'attesa	Configurazione ed utilizzo CUP regionale	1	20	Ogni obiettivo dell'area ha un diverso peso
	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	4		
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni	3	6	Anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	1	10	Anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi
	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite per ciascun ente	1		
		30	57	

OBIETTIVI OPERATIVI

Adesione agli indirizzi di Programmazione Anno 2026 (REGOLE DI SISTEMA Deliberazione XII/5589 del 30.12.2025)

Rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art. 1 della L. 145 del 30 dicembre 2018

Rispetto della scadenza di invio e protocollazione del Bilancio d'esercizio e dei Conti Economici Trimestrali come da comunicazione regionale

Corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza

Obiettivi di Performance/1

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP1_PERF1	Conseguimento degli obiettivi regionali e del contratto ATS anno 2026	% obiettivi regionali/contrattuali raggiunti	100%			Tutte le Strutture	Tutte le Strutture	Mensile	5
VP2_PERF1	% di rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A eseguiti nei tempi/ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	88%			RUA	DMP Tutte le Strutture Sanitarie di ricovero	Mensile	3
VP2_PERF2	% di rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità eseguiti nei tempi/ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	85%		3				
VP2_PERF3	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P	Percentuale di prenotazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	>=90%		3				
VP2_PERF4	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa richiesti da Regione Lombardia	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento	100%		2				
VP2_PERF5	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti/ N. accessi in PS con codice di priorità 2	>85%		2				
VP2_PERF6	Riduzione del tempo di sbarellamento nei rispettivi PS afferenti	N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2026/N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2025	<=30%		OTU		Tutte le Strutture Sanitarie		2
VP2_PERF7	Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	N.di abbandoni da PS/N. di accessi in PS	<1,25%			Tutte le Strutture Sanitarie	2		
VP2_PERF8	Incremento dell'uso della Telemedicina nei percorsi di cura dei pazienti cronici	Numero televisite/numero di visite di controllo (comprese televisite)	3%	5%		7%	Gestione cronicità	Dipartimento di Reumatologia	Trimestrale
VP2_PERF9	Incremento delle dimissioni protette in cure domiciliari	Numero di dimissioni protette in cure domiciliari rispetto all'anno precedente	>=3%	>=3%	>=3%	Gestione cronicità	NAIOT Tutte le strutture sanitarie	Trimestrale	2
VP2_PERF10	Recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero	Raggiungimento della percentuale target di recupero delle prestazioni di ricovero prenotate negli anni 2020-2021, 2022, 2023 e 2024 e non erogate alla data del 01.01.2026	70%			Gestione Operativa		Trimestrale	2

Obiettivi di Performance/2

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP2_PERF11	Efficientamento delle Sale Operatorie	Indice di saturazione delle Sale Operatorie (%)	75%	80%	82%	Gestione Operativa	Tutte le Strutture Sanitarie Chirurgiche	Trimestrale	2
VP3_PERF1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (età >= 65 anni) (NSG)	Numero di pazienti >=65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso in PS/Numero di pazienti >=65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso in PS	85%			Tutte le Strutture Sanitarie Chirurgiche	Direzione Medica di Presidio	Mensile	2
VP3_PERF2	Governo dei DRG a rischio di inappropriatezza (NSG)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<=0,14			Tutte le Strutture Sanitarie	Direzione Medica di Presidio	Mensile	2
VP3_PERF3	Intervento di protesi d'anca: riammissione a 30 giorni (PNE)	Numero di pazienti riamessi entro 30 giorni dopo intervento di protesi d'anca/Numero totale di pazienti sottoposti ad intervento di protesi d'anca	<3,5	<3,2	<3	Tutte le Strutture Sanitarie Chirurgiche	Direzione Medica di Presidio	Mensile	2
VP3_PERF4	Intervento di protesi di ginocchio: riammissione a 30 giorni (PNE)	Numero di pazienti riamessi entro 30 giorni dopo intervento di protesi di ginocchio/Numero totale di pazienti sottoposti ad intervento di protesi di ginocchio	<0,7	<0,6	<0,5	Tutte le Strutture Sanitarie Chirurgiche	Direzione Medica di Presidio	Mensile	1
VP3_PERF5	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico (PNE)	Numero di pazienti con frattura di tibia/perone operati entro 30 giorni/Numero totale di pazienti con frattura di tibia/perone	87%	88%	90%	Tutte le Strutture Sanitarie Chirurgiche	Direzione Medica di Presidio	Mensile	2
VP3_PERF6	Obbligo da parte delle Strutture che erogano i farmaci in File F di chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico)	N schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione 2025/Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione 2025	100%			Reumatologia - Parkinson	Farmacia	Trimestrale	1
VP3_PERF7	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.	N.segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza/N.segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza	100%			Farmacia		Trimestrale	1

Obiettivi di Performance/3

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP3_PERF8	Incremento percentuale della prescrizione di farmaci biosimilari con miglior profilo di costo territoriale, anche a fronte delle (imminenti) scadenze brevettuali in particolare per i seguenti medicinali la cui prescrizione è oggi in carico al territorio: 1. eparine a basso peso molecolare (almeno il 30 % come biosimilare); 2. denosumab (continua la sua distribuzione in DPC anche come biosimilare, di cui almeno il 20%)	N. Prescrizioni di biosimilare di enoxaparina e denosumab/N. prescrizioni totali di enoxaparina e denosumab	100%			Farmacia	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	1
VP3_PERF9	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR nell'ambito della gestione della Farmaceutica Convenzionata	N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2026/N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2025	50%			Tutte le Strutture Sanitarie	DMP	Trimestrale	1
VP3_PERF10	A partire dal 1 gennaio 2026 la prescrizione dei farmaci di seguito elencati dovrà avvenire SOLO su RICETTA DEMATERIALIZZATA : - DENOSUMAB - ENOXAPARINA - GPL1	N. Ricette dem denosumab, enoxaparina e GPL1/N. Ricette TOTALI denosumab, enoxaparina e GPL	100%			Tutte le Strutture Sanitarie	Farmacia	Trimestrale	1
VP3_PERF11	Raggiungere i seguenti target sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore nell'anno 2026 (per tutte le tipologie e per tutti gli assistiti). • ADALIMUMAB (95%) • ETANERCEPT (85%) • INFLIXIMAB EV (99 %) • TRASTUZUMAB EV (99,5%) • BEVACIZUMAB (99%) • RITUXIMAB EV (99%) • RANIBIZUMAB (40%) A questi medicinali si aggiunge anche la promozione della prescrizione e utilizzo a livello ospedaliero dei farmaci biosimilari di : • DENOSUMAB (almeno il 40% del biosimilare) • USTEKINUMAB (almeno il 20% del biosimilare) • AFLIBERCEPT 2 MG (almeno il 20% del biosimilare) • ECULIZUMAB (almeno il 40% del biosimilare)	Per ogni farmaco si applica la seguente formula di calcolo: Numeratore: N. di confezioni di adalimumab biosimilare (tutti i biosimilari) Denominatore: N. di confezioni di adalimumab totali (biosimilari+originator)	valore riportato in parentesi nella descrizione dell'obiettivo			Tutte le Strutture Sanitarie	DMP	Trimestrale	1
VP3_PERF12	Distribuzione Diretta di Prossimità dei Farmaci File F per pazienti lombardi non afferenti all'ATS Milano	Nr. consegne di prossimità /pazienti lombardi in carico residenti extra ATS Milano	90%			Reumatologia - Parkinson	Farmacia	Trimestrale	1
VP3_PERF13	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti da Regione Lombardia	Scheda dedicata con importi per classi e aggregati di spesa 2026 condivisa nel primo trimestre con Regione Lombardia	Rispetto degli importi assegnati			Acquisti	Servizio Tecnico - SIA - Bilancio	Trimestrale	2

Obiettivi di Performance/4

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP3_PERF14	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite da Regione Lombardia	Scheda azioni programmate definita con DG Welfare e condivisa nel primo trimestre con l'ASST	Svolgimento azioni e conseguimento del risparmio			Acquisti	Servizio Tecnico - SIA	Trimestrale	2
VP4_PERF1	Monitoraggio degli indicatori di corretto utilizzo del CUP e di efficientamento dell'offerta ambulatoriale sulla base delle regole definite a livello regionale	Numero target raggiunti/Numero target definiti da Regione Lombardia	100%			Sistemi Informativi Aziendali	CUP	Trimestrale	5
VP4_PERF2	Estendere l'utilizzo della Cartella Clinica Elettronica nei reparti ospedalieri al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, la continuità assistenziale e la tracciabilità delle informazioni cliniche	Numero totale di reparti con CCE attiva e utilizzata a regime/Numero totale di reparti	100%			Sistemi Informativi Aziendali	DMP - DAPSS - Strutture Sanitarie	Trimestrale	4
VP4_PERF3	Garantire un utilizzo efficace e tempestivo dei fondi PNRR destinati all'ammodernamento tecnologico e digitale dell'Azienda	Risorse PNRR spese/Risorse PNRR assegnate	100%			RUP	Gestione Operativa	Trimestrale	3
VP4_PERF4	Accrescere le competenze digitali del personale per supportare l'adozione delle nuove tecnologie e dei processi digitalizzati	Numero di dipendenti formati/Numero totale di dipendenti	70%	75%	80%	Risorse Umane (Formazione)	Tutte le Strutture	Annuale (verifiche intermedie)	3
VP5_PERF1	Rafforzare il benessere organizzativo e l'engagement del personale, utilizzando il tasso di assenteismo come strumento di misurazione dell'efficacia delle iniziative adottate	Numero di giornate di assenza nel periodo/Numero totale di giornate lavorabili nel periodo	-2% vs 2025	-3% vs 2025	-4% vs 2025	Risorse Umane	DMP - DAPSS	Trimestrale / Annuale	3
VP5_PERF2	Incrementare le competenze del personale attraverso un programma di formazione continua, garantendo l'aggiornamento professionale e lo sviluppo delle capacità trasversali e digitali	Numero di ore di formazione pro-capite	+1% vs 2025	+2% vs 2025	+3% vs 2025	Risorse Umane	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale / Annuale	2
VP6_PERF1	Favorire la valorizzazione scientifica dell'ASST attraverso la partecipazione a bandi di ricerca competitivi e a progetti di ricerca multicentrici internazionali	Numero di progetti di ricerca competitivi o multicentrici internazionali a cui l'ASST partecipa	≥ 1 progetto attivo/finanziato	≥ 1 progetto attivo/finanziato	≥ 1 progetto attivo/finanziato	Comitato Tecnico Scientifico	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	3
VP6_PERF2	Promuovere la diffusione e la valorizzazione delle attività scientifiche e delle competenze professionali dei Dipartimenti attraverso la partecipazione a congressi scientifici internazionali	Numero di Dipartimenti che partecipano ad almeno un congresso internazionale con presentazione di abstract o poster	100%	100%	100%	Comitato Tecnico Scientifico	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	2
VP7_PERF1	Ridurre il tempo medio di risposta dell'URP alle richieste dei cittadini, garantendo tempestività, efficienza e migliorando la percezione di qualità del servizio	% di risposte fornite entro 30 giorni	85%	90%	95%	URP	Tutte le Strutture	Trimestrale	5

Obiettivi di Performance/5

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP8_PERF1	PANFLU: garantire la preparazione da parte del SSR in relazione alla gestione di epidemie e pandemie	N. di azioni/azioni previste + N. di simulazioni/simulazioni previste) / 2	100% delle azioni compilate in SASHA, 100% delle simulazioni effettuate			DMP	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	2
VP8_PERF2	IPC: garantire una corretta gestione dell'infection prevention control nelle strutture sanitarie regionali	N. azioni effettuate/N. azioni previste	100% delle azioni sezione 12.10 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026			DMP	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	2
VP8_PERF3	PNRR MIS 6.2 SUB 2.2: garantire il completamento della formazione PNRR in merito alle infezioni correlate all'assistenza	N. formati correttamente Registrati in Regis/N. formati previsti Risorse utilizzate/risorse assegnate	100% dei formati, 100% compilazione in Regis, 100% risorse utilizzate entro giugno			Acquisti	DMP - Formazione	Trimestrale	1
VP8_PERF4	Ridurre infortuni e rischi professionali per gli operatori sanitari	Tasso di infortuni sul lavoro/nr personale	-1% vs 2025	-2% vs 2025	-3% vs 2025	RSPP	Tutte le Strutture	Trimestrale	2
VP8_PERF5	Garantire l'utilizzo sicuro ed efficace delle tecnologie sanitarie	Nr. di apparecchiature con manutenzione eseguita/Nr. totale di apparecchiature previste dal piano manutentivo	100%	100%	100%	Ingegneria Clinica		Trimestrale	2
VP8_PERF6	Rafforzare la cultura della sicurezza tramite la formazione continua	Personale formato sulla sicurezza sul lavoro/Totale personale dipendente	60%	60%	65%	RSPP	Tutte le Strutture	Trimestrale	2
VP8_PERF7	Completare interventi di ammodernamento e manutenzione delle strutture ospedaliere rispettando tempi, sicurezza e qualità, a supporto di cure sicure e continuità operativa	Interventi realizzati/Interventi programmati	100%			Servizio Tecnico		Trimestrale	2
VP8_PERF8	Sviluppare modelli comportamentali di Buone Pratiche nella Prevenzione ICA con particolare riferimento all'Igiene delle Mani	Adesione ai "5 Momenti" previsti dalla Linee Guida OMS 2010 per l'Igiene delle Mani: trend in aumento rispetto i dati rilevati nel monitoraggio dell'anno 2025, per "Categoria Professionale"	60%	65%	70%	Risk Manager	Tutte le Strutture Sanitarie	Trimestrale	1
VP8_PERF9	Garantire la Gestione della Continuità Operativa dei servizi ICT al fine di assicurare la disponibilità, integrità e resilienza delle infrastrutture e dei sistemi informativi critici, riducendo l'impatto di eventi incidentali, guasti o crisi operative sui processi aziendali	Stato di definizione, approvazione, pubblicazione e aggiornamento della Procedura Aziendale di Continuità Operativa ICT	Progettazione, redazione e pubblicazione ufficiale della Procedura di Continuità Operativa ICT	Aggiornamento e consolidamento della procedura in funzione della evoluzione della infrastruttura aziendale	Aggiornamento evolutivo e continuo della procedura in funzione della evoluzione della infrastruttura aziendale	SIA	Strutture afferenti al Comitato di Cybersecurity istituito con delibera 704/2025	Trimestrale	1

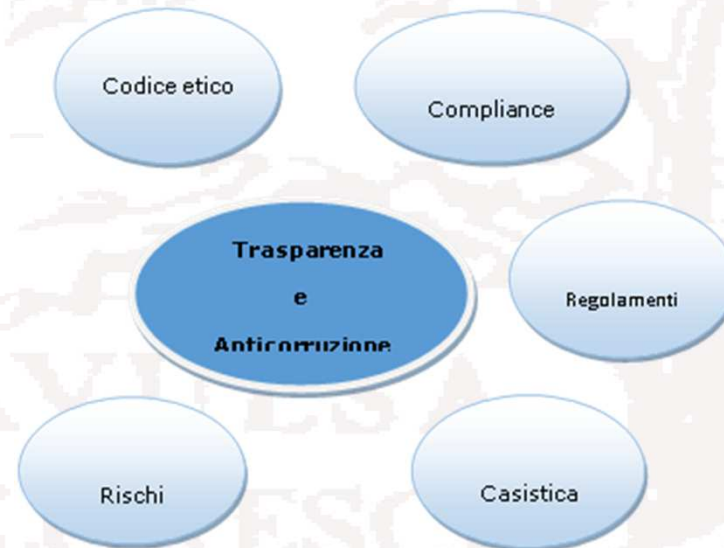
Obiettivi di Performance/6

Cod. Obiettivo	Obiettivo di Performance	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Responsabile	Strutture coinvolte	Rilevazione	Peso
VP9_PERF1	Adeguamento e potenziamento dei flussi informativi trasmessi, con l'obiettivo di garantire una tempestiva alimentazione e una maggiore qualità e completezza dei dati, favorendo un efficace monitoraggio delle performance	Target raggiunti/Target richiesti	100%			DMP - CUP - Risorse Umane		Trimestrale	2
VP9_PERF2	Rafforzare le misure di prevenzione della corruzione, monitorando e aggiornando le aree di rischio identificate, mitigando i rischi e promuovendo la cultura della legalità	n. processi aggiornati <=80% n. totale processi censiti	100%	100%	100%	RPCT	Tutte le Strutture Sanitarie	Annuale (verifiche intermedie)	2
VP9_PERF3	Garantire la pubblicazione e l'aggiornamento delle informazioni sul sito aziendale, migliorando l'accesso dei cittadini e la trasparenza amministrativa.	1. N. di dati/sezioni aggiornati in conformità alla normativa/N. totale di dati e sezioni previsti dalla normativa sulla trasparenza" 2. Numero di informazioni non obbligatorie effettivamente pubblicate/ Numero di informazioni non obbligatorie individuate come rilevanti	100%	100%	100%	RPCT	Comunicazione - SIA -Tutte le Strutture Sanitarie	Annuale (verifiche intermedie)	1
									100

Sottosezione di programmazione 2.3: Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è redatta in conformità alla normativa vigente in materia ed alle linee di indirizzo dell'ANAC (da ultimo

La presente sottosezione del PIAO 2026-2028, è un aggiornamento della precedente elaborata sulla base dei risultati dell'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure programmate per l'anno 2025 e per il triennio di riferimento.



adottate con il PNA 2025-2027, in corso di adozione) e in coerenza con gli obiettivi strategici definiti dagli organi di indirizzo ed è corredata di un unico allegato comprendente la sezione dedicata alla gestione dei rischi corruttivi e la sezione degli obblighi di pubblicazione/trasparenza (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>).

Obiettivi strategici

In materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, di seguito si riportano gli obiettivi strategici volti alla creazione di Valore Pubblico, triennio 2026-2028:

- ◇ **“Razionalizzazione della pubblicazione di dati/informazioni”**: incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni pubblicate nella sez. “Amministrazione Trasparente” con particolare riferimento all’adeguamento agli schemi di pubblicazione definiti da ANAC per i dati rientranti negli ambiti: “Controlli e rilievi”, “Organizzazione” e “Dati sui pagamenti” (Delibere ANAC n. 495/2024 e 481/2025);
- ◇ **“Integrazione anticorruzione - PIAO**: elaborazione progressiva di una mappatura integrata del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza con gli altri strumenti di pianificazione del PIAO.;
- ◇ **“Interventi PNRR”**: monitoraggio periodico sui progetti attuativi che coinvolgono la gestione di tali fondi;
- ◇ **“Trasparenza degli incarichi pubblici”**: rafforzamento dei processi di controllo sull’affidamento degli incarichi dirigenziali, con particolare riferimento alle ipotesi di inconfiribilità/incompatibilità e conflitto di interessi;
- ◇ **“Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici”**: digitalizzazione dei contratti pubblici con particolare riferimento alla fase esecutiva
- ◇ **“Etica pubblica”**: incremento della formazione sui contenuti del Codice di Comportamento aziendale e rafforzamento degli strumenti di regolazione del sistema di whistleblowing.



Aggiornamenti anno 2025 - 1

Di seguito, una sintesi delle principali misure di regolamentazione e controllo adottate nel corso del 2025, nell'ambito di:

A. Prevenzione della corruzione

- verifica corretta attuazione della procedura di gestione delle denunce di infortunio sul lavoro del personale dipendente e delle istruzioni operative rivolte al personale sanitario sull'acquisto da parte di pazienti, dei presidi non a carico del SSN, nell'ambito della programmazione delle attività di internal auditing;
- adozione del Regolamento aziendale in materia di prestazioni sportive in qualità di volontari o lavoratori sportivi da parte dei dipendenti della ASST;
- aggiornamento del Regolamento aziendale in materia di orario di lavoro per personale della Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie;
- revisione di alcune procedure PAC ai fini del consolidamento del percorso attuativo di certificabilità del bilancio.

Aggiornamenti anno 2025 - 2

B. Progetti PNRR

COMMISSIONE CONTROLLI PNRR: istituita giusta deliberazione del Direttore Generale n. 54 dell'08.02.2024, la Commissione in argomento è deputata ai controlli successivi di regolarità formale e sostanziale della documentazione amministrativo-contabile attinenti ai progetti PNRR di cui la ASST è soggetto attuatore.

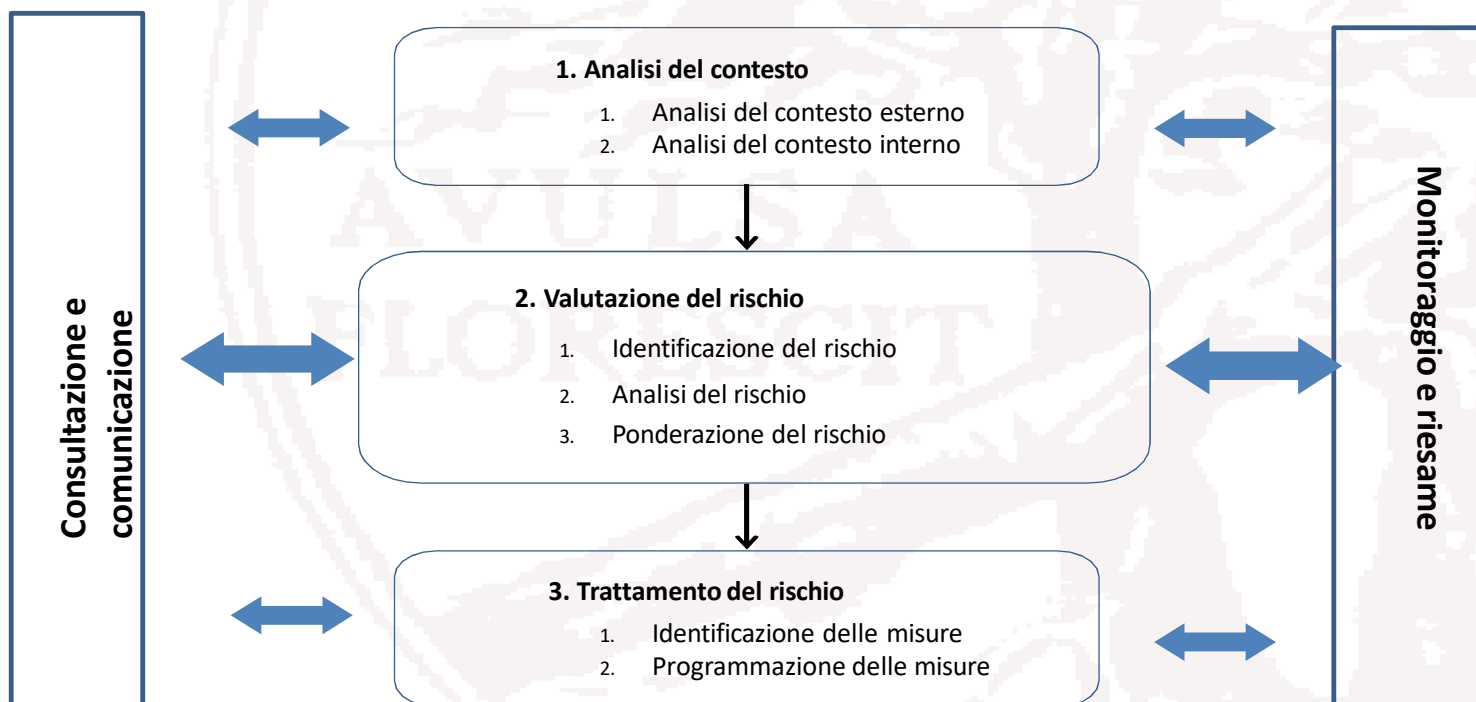
I controlli di regolarità amministrativo-contabile anno 2025 hanno interessato i progetti aziendali finanziati con fondi PNRR in corso di realizzazione, rientranti esclusivamente nella Missione 6 Component 2 – I2.1 “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

C. Trasparenza

- Miglioramento continuo della accessibilità e fruibilità dei dati/informazioni pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” perseguito anche mediante la piena operatività di un nuovo sito internet istituzionale, attivo a decorrere dal 16 ottobre 2025, progettato per garantire una consultazione più agevole, intuitiva e conforme alla normativa vigente;
- Aggiornamento e monitoraggio delle pubblicazioni di dati e informazioni nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito internet istituzionale;
- attività di attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione anno 2025: all'esito delle n. 2 verifiche (31.05-30.11.2025), il Nucleo di Valutazione aziendale ha dichiarato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione come da attestazioni pubblicate in <https://www.asst-pini-cto.it/verifica-2025>.

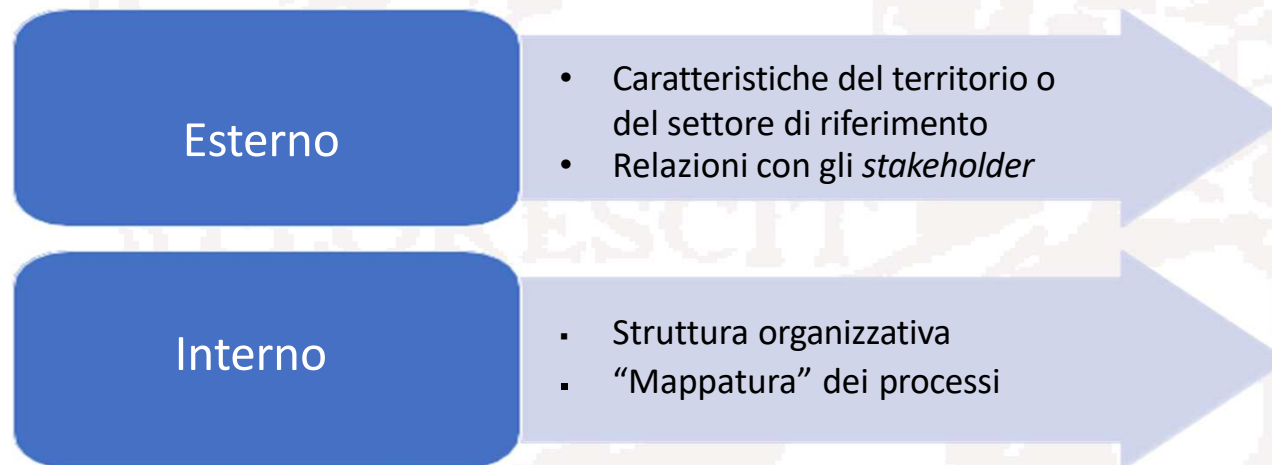
Il processo di gestione del rischio

Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti fasi:



Analisi del contesto esterno ed interno - 1

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase l'Azienda acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).



Analisi del contesto esterno ed interno - 2

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. È quindi uno strumento preliminare che consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

Ai fini di un'analisi gli strumenti disponibili a cui far ricorso sono:

- l'acquisizione di 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).

L'acquisizione di tali dati rende comunque difficilmente misurabile il fenomeno corruttivo, atteso anche che l'attività istituzionale della ASST si sviluppa su presidi ospedalieri estesi su un ampio raggio del territorio della città di Milano che include aree eterogenee sia come densità di popolazione che come concentrazione di servizi pubblici.

Allo stato attuale, il quadro economico, giudiziario e sociale emerge esclusivamente dalle pubblicazioni di enti e fonti ufficiali, che attraverso studi e analisi specialistiche restituiscono una fotografia approfondita del territorio.

Con riferimento all'analisi del **contesto interno** vale a dire delle informazioni e dei dati rappresentativi delle risorse organizzative e strumentali che possono influenzare il profilo di rischio corruttivo, si rinvia alla Sottosezione 3.1 "Organizzazione e capitale umano" che illustra nel dettaglio la struttura organizzativa/organigramma e le risorse umane riferite alle diverse unità organizzative dell'Azienda.

Al fine di migliorare il processo di misurazione del livello di rischio e la conseguente programmazione di idonee misure di prevenzione, sono stati presi in considerazione la relazione annuale del RPCT, i dati forniti dall'ufficio legale e dall'UPD interno, rispettivamente sui procedimenti giudiziari pendenti o conclusi per fatti corruttivi, sugli esiti di procedimenti disciplinari carico dei dipendenti in corso o conclusi nell'anno 2025.

I soggetti del processo di gestione del rischio - 1

SOGGETTI	RESPONSABILITA'
DIRETTORE GENERALE	Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, comma 8, L. n. 190/2012), individua il RPCT e adotta annualmente il PIAO ricomprendente la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	<p>Funzione in staff al Direttore Generale, elabora la sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), aggiornato annualmente e approvato dalla Direzione Strategica entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC). Tra i compiti principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica e vigila sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (art. 1, comma 10, lettera a), L. n. 190/2012); - verifica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs n. 97/2016; - redige entro il 15 dicembre di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC), la relazione recante i risultati dell'attività svolta nell'anno precedente ne cura la pubblicazione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012).
COLLEGIO SINDACALE	<p>Organo istituzionale dell'Azienda con compiti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica della regolarità amministrativa e contabile; - vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale. <p>Costituito giusta deliberazione DG n. 631 del 27.11.2025, per il triennio 2025-2028.</p>
IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	<p>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.</p> <p>Costituito giusta deliberazione DG n. 388 del 23.07.2024, per il triennio 01.08.2024-31.07.2027.</p>
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	Il DPO della ASST Gaetano Pini-CTO è la soc. Liguria Digitale S.p.A., in virtù della Deliberazione DG n. 520 del 02.10.2025
COLLEGIO DI DIREZIONE	Concorre al governo delle attività cliniche, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché di requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

I soggetti del processo di gestione del rischio - 2

DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	In qualità di referenti del RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione partecipano al processo di gestione del rischio corruttivo (art. 1, comma 9, lettera a, L. 190/2012).
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	Propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento (art. 54 D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 44 L. 190/2012) e garantisce la trasmissione delle informazioni necessarie al RPCT per la redazione della relazione annuale. Ricostituito con deliberazione DG n. 419 del 02/09/2021.
COMMISSIONE CONTROLLI PNRR	Istituita con deliberazione n. 54 del 08.02.2024, con il compito di verificare la regolarità amministrativo-contabile delle procedure di realizzazione degli interventi finanziati con fondi PNRR
GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO	Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio, è tenuto a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) della Banca d'Italia dati ed informazioni concernenti operazioni ritenute sospette di riciclaggio. Designato con deliberazione DG n. 601 del 14/12/2022 nella persona del Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità.
IL SISTEMA DELLA QUALITA', DEL RISK MANAGEMENT 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 UOS Qualità e Risk Management e dalla UOS Controllo di Gestione.
DIPENDENTI DELL'ASST	Partecipano al processo di analisi del rischio e osservano le misure contenute nella presente sottosezione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e sono tenuti all'osservanza del Codice di Comportamento aziendale.
COLLABORATORI, A QUALSIASI TITOLO, DELL'AZIENDA	Osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e nel Codice di Comportamento aziendale.
SOGGETTI ESTERNI	Cittadini, Organizzazioni portatrici di interessi collettivi, Organizzazioni non governative, Organizzazioni Sindacali, coinvolti nella strategia anticorruzione, attraverso la partecipazione attiva, anche in via telematica, all'aggiornamento del Piano annuale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Mappatura dei processi aziendali

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi e si articola nelle seguenti fasi:



Elenco dei processi riferiti a tutta l'attività svolta dall'Azienda e non solo a quei processi che sono ritenuti a rischio.

Descrizione del processo:

- elementi in ingresso che innescano il processo "input";
- risultato atteso del processo "output";
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output;
- le attività stesse;
- i momenti di sviluppo delle attività, le cd. "fasi";
- le responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- i tempi di svolgimento del processo e delle sue attività;
- i vincoli del processo;
- le criticità del processo.

Tabella dei processi inclusiva degli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

Le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019 restano valide, così come confermato dal PNA 2025 (pag.46) che ribadisce l'utilizzo di un approccio valutativo che comporti l'elaborazione di un giudizio qualitativo sul livello di esposizione a rischio abbinato ad ogni evento, articolato in basso, medio, alto.

L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei rischi ad essi connessi è censita nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive" (allegato alla presente sottosezione 2.3). Esso contiene la descrizione del macro processo, dei sub-processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.

Le aree di rischio

Le aree di rischio si distinguono in generali e specifiche (Legge n.190/2012 e successivi PNA, da ultimo PNA 2019).

AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO GENERALI	RIFERIMENTI
TUTTE	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Incarichi e nomine	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Affari legali e contenzioso	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	RIFERIMENTI
ENTI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Attività libero professionale	Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015 - Parte Speciale IV - SANITA' PNA 2016
	Liste di attesa	
	Rapporti con soggetti erogatori	
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	
	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	

La valutazione del rischio

La metodologia è articolata nelle seguenti fasi:



- a) Identificazione
- b) Analisi
- c) Ponderazione
- d) Trattamento
- e) Monitoraggio

a) Identificazione del rischio: è il processo di individuazione degli illeciti, pregiudizievoli delle finalità pubbliche dell'ente, che potrebbero interessare i processi aziendali delle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo. Gli eventi rischiosi sono ricondotti a profili di rischio classificati secondo le tipologie riportate nella tabella sottostante:

La valutazione del rischio

TIPOLOGIA RISCHIO	DESCRIZIONE
RISCHI STRATEGICI	<p>Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna:</p> <p>ES: RISCHIO REPUTAZIONALE: rischio legato al deterioramento della reputazione propria dell'Azienda intesa come l'insieme di tutte le aspettative, percezioni ed opinioni sviluppate nel tempo nella collettività dove l'Azienda opera, in relazione alla qualità dell'organizzazione e dei servizi erogati, alle caratteristiche e ai comportamenti dei suoi dipendenti e alle osservazioni delle passate azioni dell'organizzazione, ecc.</p>
RISCHI DI PROCESSO	<p>Rischi connessi alla normale operatività dei processi che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rischi di compliance: rischi di mancata conformità a norme, regole o standard impartiti dal legislatore (comunitario, nazionale e regionale), nonché a disposizioni e regolamenti interni (istruzioni, procedure etc.); - rischi IT/Privacy: rischi correlati al verificarsi di un insieme di situazioni, interne o esterne, che metterebbero a repentaglio la protezione dell'integrità, della disponibilità, della confidenzialità dell'informazione automatizzata; - rischi risorse umane: rischi attengono alla gestione delle risorse umane, nell'ottica di raggiungimento degli obiettivi e riguardano la capacità dell'Azienda di disporre di personale adeguato e di processi interni idonei a garantire una corretta gestione e valorizzazione del capitale umano; - rischi economico/finanziari: attengono alla capacità di gestire e monitorare attraverso idonei processi, le variabili economico/finanziarie impattanti sulla contabilità e bilancio, necessarie per lo svolgimento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi previsti
RISCHI DI INFORMATIVA	<p>Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni, che possono impedire un'adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative</p>
RISCHI CORRUTTIVI	<p>Rischi derivanti da comportamenti impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FRODI E CORRUZIONE: rischio connesso alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno dell'Azienda, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati della stessa; - TRASPARENZA: rischio è connesso alla possibilità che l'Azienda operi non in ottemperanza al principio di trasparenza come metodo della propria azione amministrativa e come strumento per consentire l'effettiva partecipazione dei cittadini alle attività dell'Azienda e alla realizzazione delle relative politiche; - ABUSO DI POTERE: rischio che deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio, illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una mansione, al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi; - CONFLITTO DI INTERESSE: rischio che deriva dalla possibile caduta dell'interesse primario per il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Azienda, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria
RISCHI RICICLAGGIO	<p>Rischio che si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui i dipendenti vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, e non consentire la comunicazione alle autorità competenti in materia di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.</p>

La valutazione del rischio

b) Analisi del rischio avente un duplice obiettivo:

- l'approfondimento delle fattispecie a *"rischio"*, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori *"abilitanti"* della corruzione;
- la stima del livello di esposizione al rischio.

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi sono i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

L'analisi degli stessi deve tendere all'individuazione di azioni di risposta più appropriate ed efficaci di prevenzione del rischio.

c) Ponderazione del rischio: volta a stimare il livello di esposizione al rischio dei processi e delle attività esaminati, con l'attribuzione di un livello di rischio che scaturisce dalla valutazione effettuata congiuntamente dal RPCT e dai dirigenti/referenti degli Uffici interessati, sulla base di indicatori predeterminati. A partire dal PTPCT 2021- 2023 è stato avviato un processo di rivalutazione del rischio basato su un approccio metodologico di tipo qualitativo (come da indicazioni di cui all'allegato 1 del PNA 2019), a totale superamento dell'approccio di tipo quantitativo (allegato 5 PNA 2013), dando ampio spazio alla motivazione della valutazione espressa dai soggetti coinvolti nell'analisi.

La rivalutazione del rischio è effettuata attraverso un set di indicatori (key risk indicators) di seguito riportati, in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio corruttivo di ciascuna attività:

La valutazione del rischio

Key risk indicators

<p>livello di interesse “<i>esterno</i>”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio</p>
<p>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</p>
<p>manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminati: 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</p>
<p>opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale riduce il rischio</p>
<p>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</p>
<p>livello di informatizzazione delle fasi di un processo: presenza di applicativi gestionali che seguono l’iter procedimentale tracciandone fasi e tempi</p>
<p>incidenza dell’evento corruttivo sull’Azienda: rilevanza mediatica dell’evento corruttivo ed impatto reputazionale ed economico sull’Azienda</p>
<p>sistema dei controlli in atto: l’attuazione di un maggior numero di controlli e di una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio</p>
<p>dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’amministrazione.</p>
<p>segnalazioni pervenute nel cui ambito rientrano le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di <i>whistleblowing</i>, ma anche quelle pervenute dall’esterno dell’amministrazione o pervenute in altre modalità.</p>
<p>Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l’attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.</p>

In fase di monitoraggio, per ogni processo/attività ed evento rischioso ad esso associato, è stata valutata l’opportunità di aggiornare il livello di esposizione al rischio (secondo la scala di misurazione ordinale: basso, medio, alto) utilizzando la matrice di esposizione al rischio che tiene conto del set di indicatori di stima sopra richiamati, per valutare probabilità e impatto.

La valutazione del rischio

APPROCCIO QUALITATIVO	
METODOLOGIA	Stima del rischio in base a motivate valutazioni espresse dai soggetti coinvolti
STRUMENTI	Fattori abilitanti (fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione)
OGGETTO DI ANALISI	Schede dei processi riportate nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive – All.1 alla sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2026-2028.
MISURAZIONE LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	Applicazione scala di misurazione ordinale: BASSO-MEDIO-ALTO
	Giudizio sintetico
	Evidenze
	Motivazione della misurazione applicata
CRITERIO DI SCELTA	Applicazione della metodologia proposta dall'allegato 1 "indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019.

d) Trattamento del rischio: è la fase volta ad individuare le misure più idonee a mitigare il rischio.

Una volta individuato e associato ad ogni singolo processo il rischio di corruzione e valutato il relativo grado di esposizione, sono state prese in considerazione sia le misure in atto sia le eventuali azioni migliorative da porre in essere per contrastare la minaccia corruttiva. Le misure si distinguono in:

La valutazione del rischio

MISURE GENERALI	Le misure generali sono quelle previste dalla L.190/2012 e insistono trasversalmente sull'organizzazione
MISURE SPECIFICHE	<p>Le misure specifiche in risposta a specifici problemi rilevati tramite l'analisi del rischio, sono ricondotte alla classificazione implementata dal PNA 2022, e precisamente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> di controllo di trasparenza definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; regolamentazione semplificazione formazione sensibilizzazione e partecipazione rotazione segnalazione e protezione (che possono anche essere riferite ai <i>whistleblower</i>) gestione del conflitto di interessi regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" gestione del pantouflage incompatibilità/inconferibilità di incarichi

e) Monitoraggio

Il processo di gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione di tutte le fasi di gestione del rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste nel "*Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive*" avviene mediante specifici indicatori (output di risultato).

Il livello di attuazione delle misure risulta sostanzialmente in linea con quelle programmate nell'anno 2025. Il monitoraggio ha evidenziato il buon livello di consapevolezza dei processi soprattutto nei settori a rischio corruttivo e il crescente coinvolgimento dei Responsabili delle strutture coinvolte nel monitoraggio.

Monitoraggio	Responsabili	Modalità	Tempistica	Attività/misure
Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	I livello: Direttori/Responsabili delle aree di rischio e/o dei singoli processi	Rendicontazione da parte dei responsabili, mediante autovalutazione e attestazione, sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione programmate		Tutte le attività programmate e gli obiettivi strategici previsti dalla presente sezione del PIAO
	Il livello: RPCT	Acquisizione e verifica documentale, anche a campione, delle rendicontazioni trasmesse dai responsabili, con particolare riferimento alle misure ritenute più critiche	Annuale	Processi interessati da criticità rilevate in sede di rendicontazione
Valutazione del sistema di prevenzione e riesame	RPCT e Direttori/Responsabili/delle aree di rischio e/o dei singoli processi	A seguito dell'aggiornamento del registro dei rischi, viene effettuato il riesame documentato dell'adeguatezza ed efficacia delle misure di prevenzione in essere, al fine di valutarne l'eventuale necessità di aggiornamento o revisione.	Semestrale	Valutazione e riesame su processi oggetto di eventuale nuova mappatura

Misure generali di prevenzione della corruzione

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
a)	Trasparenza	D.Lgs. n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e n. 97/2016 (FOIA)	La trasparenza è una delle principali misure di prevenzione della corruzione. Sul punto si rinvia al paragrafo dedicato alla trasparenza, sono definite le misure e le modalità per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Attestazione annuale dei Dirigenti indicati nella Tabella "Trasparenza" al RPCT circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di propria competenza.	Costante aggiornamento e pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente dei dati/informazioni richiesti dalla normativa, secondo le modalità e le tempistiche di legge, da parte delle Strutture editor.	Rispetto degli obblighi di pubblicazione specificati nella Tabella "trasparenza", con particolare riferimento: - 1) alla verifica del RPCT e dell'OIV di compliance delle informazioni pubblicate ai criteri di qualità (Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024); - 2) all'adeguamento agli schemi di pubblicazione dei dati relativi alle macrofamiglie "controlli e rilievi", "Organizzazione" e "dati sui pagamenti" (Delibera ANAC n. 481/2025 modificativa della delibera n. 495/2024); - 3) all'implementazione del processo di digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici. Attestazione annuale dei Dirigenti indicati nella Tabella circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza.
b)	Codice di comportamento aziendale	D.Lgs. n. 165/2001 e smi - DPR 62/2013 modificato dal DPR n. 81/2023 - deliberazione ANAC n. 177/2020 - D.L. n. 36/2022 (PNRR 2)	Il Codice Etico Comportamentale rappresenta lo strumento di autodisciplina aziendale. Esprime l'insieme dei principi di condotta che devono ispirare il comportamento di tutti gli operatori (dipendenti e non) sia nelle relazioni interne che nei rapporti con gli interlocutori esterni e rappresenta il principale mezzo di diffusione della cultura etica dell'Azienda. Il vigente Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 102 del 16.02.2023, in ottemperanza agli ultimi interventi legislativi in materia; aggiornato con deliberazione n. 127 del 14.03.2024 per l'introduzione dell'art. 14 BIS - PRESTAZIONI NON A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.	1) Monitoraggio attuazione del Codice di Comportamento 2) Diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento aziendale a tutto il personale	1) Rendicontazione annuale delle segnalazioni pervenute e dei procedimenti disciplinari avviati dall'UPD. 2) Attestazione dell'Ufficio di avvenuta consegna rispetto alla totalità dei nuovi contratti di lavoro
c)	Rotazione del personale: ordinaria e straordinaria	1) Legge 190/2012, art. 1, co 10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. 2) D.Lgs. 165/2001 - Art. 16. Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali, co 1 lett. l quater prevede l'obbligo da parte del datore di lavoro di rotazione del personale (cd. straordinaria) nel caso avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.	1) Nell'ambito del PNA la rotazione ordinaria del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. 2) Ai fini dell'applicabilità della rotazione straordinaria , l'Azienda è tenuta a verificare, con riferimento ad ogni singolo caso, la sussistenza: a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare a carico del dipendente, in base a quanto previsto nella Delibera ANAC n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art art. 16, co. 1, lett. l-quater e del D.Lgs. n.165/2001".	1) Si evidenzia la difficoltà dell'applicazione della misura della rotazione ordinaria all'interno dell'ASST, di natura prevalentemente monospecialistica, per via dell'alta specializzazione delle attività svolte da ciascuna Unità Operativa. Tuttavia, nel corso degli ultimi tre anni, l'ASST è stata interessata da un processo di turn over "fisiologico" dei dirigenti amministrativi che ha consentito la rotazione funzionale degli stessi nelle seguenti aree cd. sensibili e maggiormente esposte a rischio corruttivo: la UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato), Ingegneria Clinica, Accoglienza - CUP - Monitoraggio libera professione, Gestione Operativa, Qualità, Risk Management, Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS).	Tutte le UOC sono comunque tenute, per le istruttorie più delicate, ad attuare meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo l'affiancamento del principale collaboratore istruttore con altro dipendente, in modo che, ferma restando la responsabilità del procedimento in capo al solo Dirigente, più soggetti procedano ad una valutazione congiunta degli elementi istruttori, propedeutica alla decisione finale ed alla condivisione delle motivazioni ad essa sottese.

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
d)	Conflitto di interessi	<p>Legge 241/90: Art. 6-bis. - Conflitto di interessi (introdotto dall'art. 1, comma 41, Legge n. 190 del 2012).</p>	<p>Il Codice di Comportamento disciplina gli obblighi e le responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interesse e di applicazione delle misure di prevenzione.</p>	<p>La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti. Compilazione di apposita modulistica relativa alle dichiarazioni sull'insussistenza del conflitto di interessi, di seguito riportate, che vengono acquisite, da parte delle diverse Strutture aziendali competenti, nell'ambito dei procedimenti aziendali dalle stesse gestiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dichiarazione conflitto interessi consulenti/collaboratori 2) dichiarazione conflitto interessi discenti ad eventi formativi esterni con oneri a carico di terzi 3) dichiarazione conflitto interessi donazioni/erogazioni/sponsorizzazioni (non per eventi formativi) 4) dichiarazione conflitto interessi RUP/DEC/DL/altri incarichi inerenti la gestione di rapporti contrattuali 5) dichiarazione conflitto interessi/incompatibilità presidente/componente di Commissione di gara 6) dichiarazione conflitto di interessi per incarichi conferiti ai Direttori SC/SS/SSD. 	<p>Controlli periodici sul rispetto dei presupposti per il rilascio delle dichiarazioni in argomento (cfr colonna precedente).</p> <p>Implementazione del processo di standardizzazione per l'acquisizione e la conservazione delle dichiarazioni, attraverso la omogeneizzazione delle procedure e della modulistica.</p> <p>6) Attestazione da parte del Direttore delle Risorse Umane di acquisizione del 100% delle dichiarazioni rispetto al numero di nomine/rinnovi incarichi</p>
		<p>Art. 16 del D.Lgs 31 marzo 2023 n. 36</p>	<p>Il nuovo Codice dei contratti pubblici prevede che il personale in conflitto di interesse ne dà comunicazione alla stazione appaltante e si astiene da partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione. Al contempo, le stazioni appaltanti devono adottare misure adeguate a individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano al fine di garantire il rispetto di tali obblighi.</p>	<p>Tra le misure di prevenzione in materia è prevista nell'area dei contratti l'estensione della compilazione della dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, del personale di supporto, per ogni singola gara. In caso di omissione delle dichiarazioni o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, si configurerebbe per i dipendenti pubblici un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile disciplinarmente.</p>	<p>Attestazione del Dirigente UOC Acquisti in merito al n. comunicazioni di astensione/n. dipendenti afferenti alla propria area di competenza</p>
		<p>Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 che prevedono la necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo con obbligo degli operatori economici partecipanti alle gare di comunicare i dati del t.e. (titolare effettivo) e l'obbligo, in capo alla stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo di assenza di conflitto di interessi.</p>	<p>Tra le misure di controllo successivo per i contratti con fondi PNRR, è prevista l'acquisizione delle comunicazioni rilasciate dagli operatori economici al RUP di gara sui dati del titolare effettivo e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del medesimo.</p>	<p>Tra le misure di prevenzione in materia è prevista nell'area dei contratti PNRR l'acquisizione delle comunicazioni rilasciate dagli operatori economici al RUP di gara sui dati del titolare effettivo e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del medesimo (PNA 2022, Aggiornamento 2023 al PNA 2022 e PNA 2025).</p>	<p>Verifica del RPCT del n. dichiarazioni acquisite dal RUP sui dati del titolare effettivo e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del medesimo, nell'ambito delle procedure di gara autonome correlate agli interventi PNRR</p>

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
e)	Inconferibilità L'omessa presentazione o la non veridicità comportano l'attivazione delle misure previste dalla normativa vigente (artt. 18 e 20 del d.lgs. n. 39/2013	D.lgs. n. 39/2013- Capi II, III, IV attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012.	Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. g) D.Lgs. n. 39/2013, l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi previsti dal D.Lgs. n. 39/2013 a coloro che: - abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale; - abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi; - siano stati componenti di organi di indirizzo politico. La dichiarazione di insussistenza di una delle fattispecie sopra indicate è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico (art. 20, co. 4 D.Lgs. n. 39/2013). Il Decreto de quo prevede e disciplina una serie articolata di cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi: - incarichi amministrativi di vertice; - incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle P.A..	1) Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive dei Direttori Apicali e dei Direttori/Responsabili SC/SS ruoli amministrativi/tecnici/ professionali, attraverso l'utilizzo di specifica modulistica, all'atto di nomina e pubblicazione in Amministrazione Trasparente. Le dichiarazioni sono acquisite prima del conferimento dell'incarico, alla sottoscrizione. 2) Verifica della veridicità delle dichiarazioni rese: l'ufficio competente cura la raccolta mentre il RPCT effettua controlli a campione o mirati, presso le Procure di competenza o anche tramite banche dati pubbliche (ES: il Registro delle imprese, l'Anagrafe delle prestazioni, la sezione "Amministrazione trasparente" di altre amministrazioni).	1) Pubblicazione sul sito web sezione Amministrazione Trasparente. 2) Implementazione del processo di standardizzazione per l'acquisizione delle dichiarazioni, attraverso la omogeneizzazione delle procedure e della modulistica da revisionare secondo gli schemi esplicativi del D.Lgs n.39/2013 di cui all'ALL.1 PNA 2025.
	incompatibilità	D.lgs. n. 39/2013- Capi II, III, IV attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012. Per l'applicazione degli istituti nel settore Sanità si rinvia alle interpretazioni dell'ANAC (Delibera n. 1146/2019 – n. 713/2020, n. 464/2025) sugli incarichi della Direzione Strategica e sugli incarichi apicali dell'area amministrativa/tecnica/professionale.	Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. h) D.Lgs. n. 39/2013, l'incompatibilità comporta l'obbligo, per il soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.	Acquisizione all'atto di nomina, e annualmente , delle dichiarazioni sostitutive dei Direttori Apicali e dei Direttori/Responsabili SC/SS ruoli amministrativi/tecnici/ professionali.	1) Pubblicazione sul sito web sezione Amministrazione Trasparente. 2) Standardizzazione dei modelli di acquisizione delle dichiarazioni ex D.Lgs n.39/2013, agli schemi definiti da ANAC (ALL.1 PNA 2025).

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
f)	Attività successive alla cessazione dal servizio (Pantouflage)	D.Lgs.165/2001 art. 53, co 16-ter.	<p>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. Si tratta di una fattispecie qualificabile in termini di "incompatibilità successiva" alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico, si configura come ipotesi integrativa di casi di inconferibilità e incompatibilità contemplate dal d.lgs. n. 39 del 2013 come si evince dalle disposizioni stesse in materia di pantouflage contenute all'art. 21 del citato decreto. Con Delibera n. 329/2025 l'ANAC ha chiarito che i poteri esercitati dal dipendente devono essere "concreti ed effettivi" per far scattare il divieto, applicabile anche a ruoli non apicali se le funzioni sono dirigenziali, e che le segnalazioni rilevanti penalmente/contabilmente vanno trasmesse alle Procure.</p>	<p>A rafforzamento della misura in argomento, prima dell'assunzione o cessazione del rapporto di lavoro, il Direttore/Responsabile SC/SS/SSD sottoscrive la comunicazione obbligatoria di presa d'atto della disciplina del pantouflage con impegno a rispettarne il divieto.</p>	<p>1) Attestazione annuale dell'Ufficio Risorse Umane al RPCT circa l'avvenuto inserimento nella totalità dei nuovi contratti di incarico. 2) Revisione della procedura in essere in adeguamento alle recenti indicazioni dell'ANAC.</p>
g)	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.	D.Lgs. 165/2001 e smi - Legge 190/2012 e smi.	<p>Ai sensi del D.Lgs. 165/2001, art. 35-bis: 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; - non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; - non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere. 	<p>1) Controllo sulle assegnazioni agli Uffici, mediante controllo casellario giudiziario dei neoassunti, 2) 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</p>	<p>Attestazioni in ordine all'avvenuta applicazione della misura e Nr. anomalie rilevate/nr di assegnazioni effettuate</p>

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
h)	Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	D.Lgs. 165/2001 e smi - L. n. 190/2012 - D.Lgs n.179/2017 - D. Lgs. n. 24 del 10.03.2023	<p>Art. 54 bis, comma 1, D.Lgs. n. 165/2001 modificato dalla L. n. 179 del 30.11.2017: "Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della L. 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza".</p> <p>Il D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 ha ampliato l'ambito soggettivo e oggettivo della tutela del whistleblowing, estendendo le persone protette, le tipologie di segnalazioni e le misure di tutela. L'ANAC, con deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023, ha adottato le Linee guida che disciplinano la protezione dei segnalanti e le procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne. Con le delibere n. 478 e n. 479 del 26 novembre 2025, ANAC ha approvato e successivamente aggiornato le Linee guida sul whistleblowing, rafforzando la gestione dei canali di segnalazione interni ed esterni.</p>	<p>Messa a disposizione della nuova procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti e tutela del segnalante (whistleblowing) adottata con deliberazione n. 539 del 31.10.2024 che prevede l'attivazione di un nuovo canale digitale per le segnalazioni interne, ulteriore rispetto ai canali interni già operativi, mediante l'utilizzo della piattaforma digitale whistleblowingPA.</p>	<p>1) Monitoraggio segnalazioni e predisposizione report da parte del RPCT 2) Revisione della procedura in essere in adeguamento alle recenti indicazioni dell'ANAC (PNA 2025).</p>
i)	Formazione	Legge 190/2012 e smi - art. 54, comma 7 del D.Lgs. n. 165/2001 introdotto dal D.Lgs 36/2022	<p>Legge 190/2012, art. 1, co 8. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. Le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11. Comma 10 lett.c: Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11.</p> <p>Al comma 7 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 è stato aggiunto dal Decreto n. 36/2022, il seguente periodo: "Le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico".</p>	<p>Il Piano annuale della Formazione dell'ASST prevede l'erogazione di eventi sui temi dell'etica pubblica, dell'anticiclaggio, del conflitto di interessi oltre che in materia di appalti pubblici alla luce del nuovo Codice dei contratti pubblici. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è disciplinatamente sanzionabile.</p>	<p>1) Diffusione della conoscenza dell'etica e del Codice di Comportamento attraverso l'incremento dell'erogazione annuale di eventi mirati organizzati anche all'esterno dell'Azienda. 2) Report RPCT in ordine a nr. eventi erogati per anno e Nr. dipendenti aderenti</p>

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2026
j)	Patti di integrità negli affidamenti e/o Clausole di legalità	Legge 190/2012 e smi - D.G.R. n. XI/1751/2019	<p>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.</p> <p>Come previsto dall'Allegato della DGR n. XI/1751 del 17.06.2019 - con la quale è stato approvato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali", in sostituzione di quello adottato con la D.G.R. n. 1299 del 30 gennaio 2014 - tale condizione deve essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere d'invito.</p>	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
m)	internal audit	Per gli Enti del SSL la predetta Funzione è stata istituita con L.R. n. 17 del 04.06.2014 ed inserita, in forza di DGR n. X/2989/2014, nella rete regionale di Internal Audit.	<p>La Funzione di Internal Auditing, funzione indipendente che risponde direttamente al Direttore Generale, si inserisce nell'ambito del sistema dei controlli interni, tenuto a presidiare i rischi aziendali e verificare la congruenza tra gli obiettivi predefiniti ed i risultati conseguiti. Con deliberazione aziendale n. 464 del 21.10.2015, è stata istituita la Funzione in parola e recepito il Manuale di Internal Auditing regionale. L'attività di auditing è una misura di contrasto alla corruzione che si propone di verificare la conformità normativa e il livello di efficacia ed efficienza dei processi, rientranti nelle aree di rischio corruttivo, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> rispondere alle aspettative del Management aziendale in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi; verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento; accertare attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle raccomandazioni e dei piani d'azione relativi agli audit precedentemente effettuati. 	Tra gli adempimenti del Responsabile della Funzione Internal Auditing rientra la pianificazione annuale delle attività di audit. Il Piano delle attività di Internal Auditing anno 2026 dovrà essere adottato entro il 31.01.2026 secondo le tempistiche regionali.	Relazione annuale del RIA sulle attività di internal auditing anno 2025 con particolare riferimento allo stato di avanzamento del processo di riorganizzazione del sistema di controllo interno
n)	Progetti PNRR	Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio. D.L.n. 77 del 31.05.2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108. Normativa nazionale e regionale in materia	L'ASST Gaetano Pini-CTO è stata riconosciuta quale soggetto attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'ambito della Missione 1 e della Missione 6, Componente 2, "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Servizio Sanitario Nazionale", contribuendo al rafforzamento delle attività di ricerca biomedica, allo sviluppo di infrastrutture di ricerca mediante l'acquisizione e l'ammodernamento di grandi apparecchiature ad elevata complessità tecnologica, nonché all'adozione di soluzioni di innovazione digitale finalizzate al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della sostenibilità del sistema sanitario.	Al fine di monitorare i finanziamenti PNRR, nel 2024, sulla base delle indicazioni regionali è stata istituita la Commissione Controlli con compiti di vigilanza sullo stato di avanzamento dei progetti attuativi del PNRR e di verifica della regolarità amministrativa e contabile delle relative procedure.	Nel corso del 2026 proseguiranno le attività di controllo da parte della predetta Commissione sui progetti PNRR afferenti all'ambito della ricerca, tuttora in fase di realizzazione, al fine di assicurare il monitoraggio dello stato di avanzamento e la verifica della regolarità amministrativo-contabile fino al completamento degli interventi. Trasmissione al RPCT dei rapporti di audit da parte della Commissione

Trasparenza

Il principio di trasparenza attribuisce ai cittadini il potere di esercitare un controllo sullo svolgimento dell'attività amministrativa, sulla correttezza, imparzialità e conformità della stessa agli interessi sociali e ai precetti costituzionali.

Tale principio trova attuazione da parte dell'ASST, attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale ed il riscontro alle richieste di "accesso civico" semplice e generalizzato e di "riesame" ai sensi dell'art. 5, co. 7, del D.Lgs. n. 33/2013.

Le categorie di dati, informazioni e documenti nonché l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione sono indicati nell'allegato 1 alla presente sottosezione, nello specifico, nella *"Tabella degli obblighi di pubblicazione"*.

Nel 2025 è stata condotta da parte del RPCT l'attività di monitoraggio volta ad accertare l'esatto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione con focus sul processo di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici (Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023), sulla riconfigurazione delle sezioni "controlli e rilievi", "organizzazione" e "dati sui pagamenti" secondo gli schemi-tipo previsti da ANAC (Delibera n. 481 del 03.12.2025).

Programmazione

La programmazione per la Trasparenza nel triennio 2026-2028 prevede:

Programma	Adempimenti	Soggetti responsabili
Implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente"	Promozione del processo di implementazione sottosezione "dati ulteriori" in relazione soprattutto alla trasparenza degli interventi PNRR.	Responsabile Ufficio Comunicazione
	Controllo periodico (ogni tre mesi) sulla corretta alberatura della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, mediante l'utilizzo dell'applicativo di web crawling TrasparenzaAI , al fine di verificare il rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa anticorruzione, individuare eventuali carenze o disallineamenti informativi e supportare le UOC <i>editor</i> sull'adozione delle necessarie misure correttive.	RPCT
	Riconfigurazione delle sezioni "Organizzazione", "controlli e rilievi", "dati sui pagamenti" in allineamento ai nuovi schemi introdotti dalla Delibera ANAC n. 481 del 03.12.2025, a recepimento delle osservazioni espresse da organi consultivi (Conferenza Unificata, Garante privacy, AGID, ISTAT).	Responsabili UOS Controllo di Gestione; UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità; UOC Affari Generali e Legali – Ufficio Comunicazione/UOC SIA
Ottemperanza obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013	Aggiornamento e pubblicazione dei documenti/dati indicati nella <i>Tabella degli obblighi di pubblicazione</i> – ALL.1 al presente Piano (n. sotto-sezioni verificate e aggiornate correttamente/n. totale sotto-sezioni obbligatorie=100%)	Dirigenti delle singole Strutture responsabili c.d. "editor" per la trasparenza (come esplicito nella <i>Tabella degli obblighi di pubblicazione</i> - ALL. 1 al presente Piano) per elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati/documenti
Monitoraggio dell'attuazione del Programma	Attività di monitoraggio semestrale sulle pubblicazioni	RPCT
	Attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza in ottemperanza alle indicazioni fornite da ANAC	Nucleo di Valutazione della Prestazioni

I soggetti

Attestazione del Nucleo di Valutazione

Alla verifica sull'assolvimento degli adempimenti in materia di pubblicazione, concorrono sia il RPCT sia il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST ha il compito di verificare lo stato di assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda e di attestarne annualmente la veridicità, secondo le scadenze fissate da ANAC. Per il 2025, con deliberazione n. 192 del 7 maggio 2025, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha individuato le specifiche tipologie di dati rispetto alle quali il Nucleo di Valutazione (con funzioni analoghe all'OIV) è stato chiamato a verificare, ai sensi dell'art. 14, comma 4 lett. g) del D.lgs. n. 150/2009, lo stato di pubblicazione degli stessi al 31.05.2025.

Il Nucleo di Valutazione, con riferimento alle carenze evidenziate nella griglia di rilevazione dati aggiornati al 31.05.2025, ha provveduto, coadiuvato dal RPCT, al monitoraggio circa l'attuazione delle misure di adeguamento al 30.11.2025, attraverso la compilazione di specifica scheda di monitoraggio, il rilascio dell'attestazione circa il puntuale assolvimento degli obblighi anch'essa convalidata, automaticamente acquisita dall'Autorità e pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente".

I Responsabili della pubblicazione e aggiornamento

Un 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 nei termini di legge.

Ciascun Responsabile tenuto all'assolvimento degli obblighi previsti dal D.Lgs n. 33/2013, è responsabile della elaborazione, della veridicità e della completezza di dati/informazioni nonché della pubblicazione sul sito istituzionale, qualora si tratti di aggiornamenti ordinari, altrimenti, qualsiasi nuova riconfigurazione delle pagine web dedicate è tenuto a coordinarsi con l'Ufficio Formazione e la UOC Sistemi Informativi Aziendali.

Per garantire la qualità delle informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, le amministrazioni devono pubblicare dati e documenti completi, aggiornati, tempestivi, chiari, accessibili, coerenti, conformi agli originali, indicandone la provenienza e assicurandone la riutilizzabilità, secondo i criteri di qualità definiti come riferimento per il monitoraggio e l'autovalutazione di RPCT e OIV, in conformità alle istruzioni operative fornite da ANAC (All.4 alla delibera n. 495/2024).

Accesso documentale, accesso civico semplice e generalizzato

Con deliberazione n. 610 del 14/12/2017, l'Azienda ha adottato il regolamento disciplinante le tre diverse tipologie di accesso, indicando i rispettivi limiti di applicazione.

Il regolamento prevede:

1. una prima sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/90 e s.m.i.);
2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("*semplice*") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
3. una terza dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato di cui all'art 5, comma 2 del D.Lgs n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.

Per accesso civico semplice si intende il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, D.lgs. n. 33/2103) nei casi in cui l'Azienda ne abbia omissa la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT attraverso un modulo di richiesta pubblicato nella sezione "*Amministrazione trasparente*" sottosezione "*Altri contenuti - accesso civico*" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al Direttore Amministrativo, titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Anche il modulo dell'istanza al titolare del potere sostitutivo è disponibile nella sottosezione "*Altri contenuti - accesso civico*" <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>.

Per **accesso civico generalizzato**, disciplinato dall'art. 5 bis del D.Lgs. n. 33/2013 introdotto dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97, s'intende il diritto di chiunque di chiedere ed ottenere che le Pubbliche Amministrazioni pubblichino atti, documenti ed informazioni che le stesse detengono a qualsiasi titolo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito; fatto salvo il rispetto di alcuni limiti inderogabili indicati sempre nell'art.5 bis del riformulato D.Lgs. n. 33/13, rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

Ai sensi dell'art. **6, comma 1, D.Lgs. n. 97/2016**, l'istanza di accesso che non richiede alcuna motivazione, può essere trasmessa per via telematica e presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio Relazioni con il pubblico
- c) ad altro ufficio indicato dall'Azienda nella sez. "*Amministrazione Trasparente*" del sito istituzionale
- d) [al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016.](#)

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali. Il regolamento prevede, nel caso di accesso civico e di accesso generalizzato, la possibilità di presentare istanza di accesso, secondo la modulistica in uso, ai seguenti indirizzi: protocollo@pec.asst-pini-cto.it o trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it Il predetto regolamento attribuisce alla UOC Affari Generali e Legali la competenza a gestire le richieste di accesso civico generalizzato coerentemente con le indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC n. 1309/2016.

La predetta UOC assegna ai singoli Uffici le richieste di accesso sulla base della specifica competenza onde consentire l'istruttoria e la trasmissione dei riscontri agli istanti.

Infine il regolamento vigente in materia ha istituito il "*Registro degli accessi*" contenente le richieste di accesso pervenute, distinte per tipologia (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico o accesso generalizzato). Viene aggiornato semestralmente e pubblicato sul sito web istituzionale dell'ASST – sez. "*Amministrazione Trasparente*" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>

Monitoraggio

Misure di trasparenza: il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente al RPCT di formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento.

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

Rientra nelle competenze del RPCT, ai sensi dell'art. 43 del d.lgs.33/2013, segnalare all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è programmato su due livelli, un primo livello demandato ai Dirigenti Responsabili delle Strutture *editor*, in autovalutazione e in relazione ai vincoli temporali di legge, un secondo livello, di competenza del RPCT, che ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione e di supporto al Nucleo di Valutazione aziendale ai fini della predisposizione da parte del predetto Nucleo, dell'attestazione sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione concernente le categorie di dati annualmente selezionate dall'ANAC.

Misure di prevenzione della corruzione: la responsabilità del monitoraggio della presente sezione è attribuita al RPCT, che ogni anno predisponde una relazione sull'attuazione del Piano (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). La relazione viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

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

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

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



SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

IL PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE STRATEGICO

Con deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 09 giugno 2022 è stato adottato il nuovo Piano di **Organizzazione Strategica Aziendale 2022-2024** (di seguito POAS), approvato con D.G.R. n. 6795 del 02.08.2022, di cui si è preso atto con deliberazione del Direttore Generale n. 413 del 05.08.2022, aggiornato con D.G.R. n. XII/3555 del 09.12.2024, di cui si è preso atto con deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 13.12.2024. Il POAS rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti del SSL, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento.

Le ASST adottano l'organizzazione più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del bacino d'utenza di riferimento e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero:

- Polo Ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse;
- Polo Territoriale è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale.

È quindi fondamentale per le ASST prevedere nella propria configurazione una rete integrata tra la componente sanitaria e la componente sociosanitaria, garantendo continuità e appropriatezza nell'offerta e nell'accesso ai servizi deputati all'erogazione delle prestazioni sanitarie. L'Azienda, con la propria struttura organizzativa è soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscono la continuità del processo medico-riabilitativo sul territorio. La corretta implementazione del modello dipartimentale consente alla Direzione Strategica Aziendale di valorizzare il personale, favorendo la condivisione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa e di collaborazione reciproca.

Il Dipartimento svolge un ruolo di direzione sulle unità operative di competenza, rispetto alle quali è gerarchicamente sovraordinato, ed assume altresì funzioni di orientamento, indirizzo e coordinamento delle attività cliniche.

Le risorse umane e strumentali sono assegnate dalla Direzione Strategica Aziendale ai vari Dipartimenti che sono responsabili della gestione ottimale delle stesse al fine di raggiungere gli obiettivi fissati nell'ambito della programmazione aziendale.

L'organizzazione dipartimentale delle attività assistenziali, amministrative, di ricerca scientifica e didattiche deve prevedere, in presenza di strutture complesse convenzionate con l'Università, il pieno coinvolgimento degli stessi responsabili nelle funzioni assistenziali.

Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Ai sensi dell'art. 17-bis del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. l'organizzazione dipartimentale è il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Il POAS 2022-2024 definisce l'assetto organizzativo dei Dipartimenti, le competenze, le funzioni, le responsabilità e i rapporti tra strutture e tra livelli di responsabilità interni ai Dipartimenti. Nell'ambito dell'autonomia riconosciuta dalla normativa vigente per perseguire i propri fini istituzionali, l'ASST adotta il modello dipartimentale al fine di rendere omogenei ed efficienti i processi aziendali. Il modello dipartimentale rappresenta una modalità organizzativa articolata in più tipologie di strutture (complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale) che svolgono compiti omogenei, affini o complementari. Il Dipartimento è quindi uno strumento di organizzazione funzionale alla programmazione e al coordinamento unitario delle attività, i cui risultati sono misurabili in termini di efficienza ed efficacia.

Il modello organizzativo dipartimentale è fondato su alcuni principi cardine:

- flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali e la valorizzazione delle responsabilità cliniche, gestionali e organizzative;
- potenziamento della qualità dell'assistenza sotto ogni profilo, attraverso l'armonizzazione dei processi di diagnosi e cura;
- condivisione di obiettivi e risultati comuni da perseguire.

La corretta implementazione del modello dipartimentale consente alla Direzione Strategica Aziendale di valorizzare il personale, favorendo la condivisione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa e di collaborazione reciproca. Il Dipartimento svolge un ruolo di direzione sulle unità operative di competenza, rispetto alle quali è gerarchicamente sovraordinato, ed assume altresì funzioni di orientamento, indirizzo e coordinamento delle attività cliniche. Le risorse umane e strumentali sono assegnate dalla Direzione Strategica Aziendale ai vari Dipartimenti che sono responsabili della gestione ottimale delle stesse al fine di raggiungere gli obiettivi fissati nell'ambito della programmazione aziendale. L'organizzazione dipartimentale delle attività assistenziali, amministrative, di ricerca scientifica e didattiche deve prevedere, in presenza di strutture complesse convenzionate con l'Università, il pieno coinvolgimento degli stessi responsabili nelle funzioni assistenziali.

Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

I DIPARTIMENTI DELL'ASST GAETANO PINI - CTO

Nella ASST Gaetano Pini-CTO sono stati individuati i seguenti dipartimenti di natura gestionale:

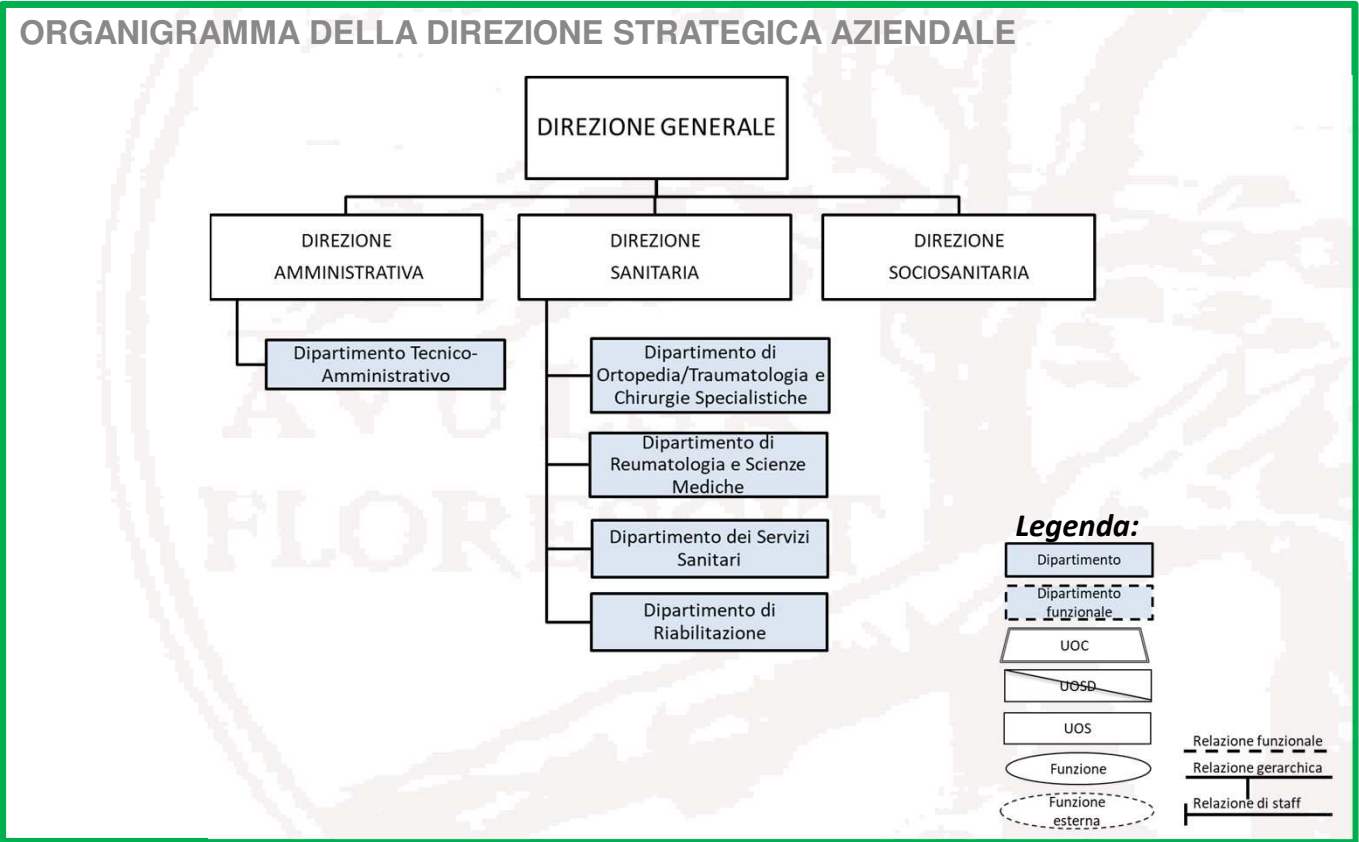
- Dipartimento Tecnico-Amministrativo
- Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche
- Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche
- Dipartimento dei Servizi Sanitari
- Dipartimento di Riabilitazione.

I Dipartimenti sono diretti da un Direttore di Dipartimento coadiuvato dal Comitato di Dipartimento, in conformità con quanto previsto dal Regolamento di Dipartimento.

I Dipartimenti sono costituiti, secondo la configurazione adottata, da:

- Unità Operative Complesse;
- Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- Unità Operative Semplici afferenti a Unità Operative Complesse.

Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa



Sottosezione di programmazione 3.2: Lavoro Agile

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 individuali del personale dipendente, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi cd. Work/Life balance.

Il lavoro agile promuove in particolare i seguenti obiettivi:

- incrementare e migliorare la conciliazione vita-lavoro;
- ridurre il tasso di assenteismo;
- aumentare il livello di motivazione;
- aumentare il benessere organizzativo del personale;
- migliorare la performance organizzativa;
- fornire il proprio contributo alla tutela ambientale in termini di riduzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto collettivi e individuali contribuendo alla diminuzione del traffico veicolare e dell'inquinamento ambientale.

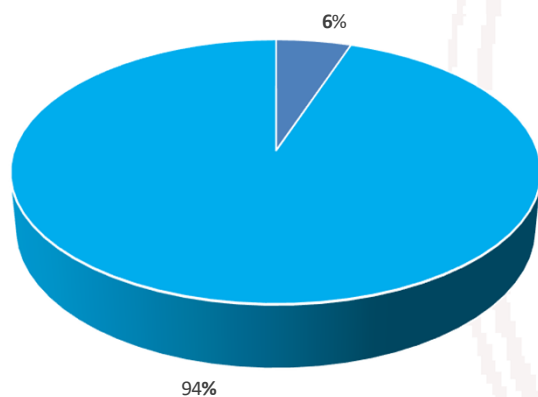
La percentuale massima del personale collocabile in «lavoro agile» è fissata entro il limite massimo del 50%. Detto limite è:

- tendenziale a livello di singola U.O.;
- rigido a livello di Dipartimento/Direzione.

Per l'anno 2026 tutti i dipendenti che hanno presentato domanda sono stati autorizzati a svolgere attività lavorativa in modalità agile, per un totale pari a 79 autorizzati pari al 6% del personale dipendente.

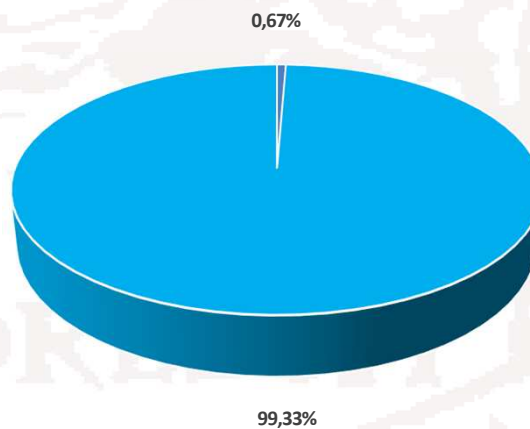
Sottosezione di programmazione 3.2: Lavoro Agile

Distribuzione numero dipendenti per tipologia di prestazione lavorativa



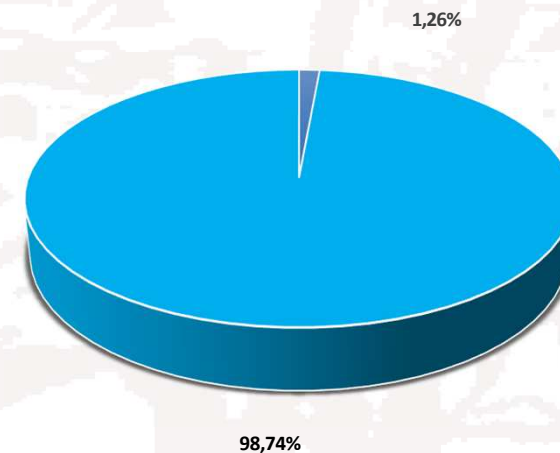
■ Smart Work ■ Presenza

Distribuzione numero dipendenti per tipologia di prestazione lavorativa (COMPARTO)



■ Smart Work ■ Presenza

Distribuzione numero dipendenti per tipologia di prestazione lavorativa (DIRIGENZA NON MEDICA)



■ Smart Work ■ Presenza

Sottosezione di programmazione 3.3: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 433 del 07 agosto 2025 si è preso atto della DGR XII//4875 del 01/08/2025 con oggetto “Approvazione del Piano dei Fabbisogni di Personale Triennio 2025 – 2027 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini - CTO”.

Il fabbisogno di personale per il triennio 2024-2026 è pari a 1311 unità (300 unità personale dirigenziale, 1011 unità personale del comparto).

Secondo quanto disposto dall’art. 15 del CCNL 2019/2021 **il sistema di classificazione del personale** è articolato nelle seguenti **cinque** aree, che corrispondono a cinque livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- **Area del personale di elevata qualificazione;**
- **Area dei professionisti della salute e dei funzionari;**
- **Area degli assistenti;**
- **Area degli operatori;**
- **Area del personale di supporto.**

Consistenza di personale anno **2025** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027

DO 2025														
DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	268	21	39	108	100								0	268
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	12			8									0	12
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	300	21	39	116	100	0	0	0	0	0	0	0	0	300
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	1			1									0	1
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	80		4										0	80
OTA	0												0	0
OSS	142	12	34	35	60								0	142
AUSILIARI	18	3	1	9	2								0	18
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	169	0	2										0	169
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.011	76	141	278	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.011
TOTALE COMPLESSIVO	1.311	97	180	394	349	0	0	0	0	0	0	0	0	1.311

Consistenza di personale anno **2026** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027

DO 2026														
DO 2026	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	268	21	39	108	100								0	268
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	12			10									0	12
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	300	21	39	116	100	0	0	0	0	0	0	0	0	300
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	1			1									0	1
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	80		4										0	80
OTA	0												0	0
OSS	142	12	34	35	60								0	142
AUSILIARI	18	3	1	9	2								0	18
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	169	0	2										0	169
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.011	76	141	278	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.011
TOTALE COMPLESSIVO	1.311	97	180	394	349	0	0	0	0	0	0	0	0	1.311

Consistenza di personale anno **2027** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027

DO 2027														
DO 2027	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE TERRITORIO										
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	268	21	39	108	100								0	268
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	12			8									0	12
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	300	21	39	116	100	0	0	0	0	0	0	0	0	300
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	1			1									0	1
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	80		4										0	80
OTA	0												0	0
OSS	142	12	34	35	60								0	142
AUSILIARI	18	3	1	9	2								0	18
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	169	0	2										0	169
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.011	76	141	278	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.011
TOTALE COMPLESSIVO	1.311	97	180	394	349	0	0	0	0	0	0	0	0	1.311

Turnover del personale – anno 2025

Nell'anno 2025, oltre a garantire il turn over del personale cessato a vario titolo, sono state effettuate assunzioni, nel rispetto del fabbisogno autorizzato da Regione Lombardia; in particolare complessivamente le assunzioni sono state n. 142 a fronte di n. 135 cessazioni come di seguito indicato:

AREA	ASSUNZIONI			TOTALE PER AREA	CESSAZIONI		TOTALE PER AREA
	T. INDET.	T. DET.	SUPPLEMENTI		T. INDET.	T. DET.	
COMPARTO	93	15	1	109	106	4	110
DIRIGENZA AREA SANITA'	13	11	6	30	17	5	22
DIRIGENZA PTA	3	0	0	3	3	0	3
TOTALE COMPLESSIVO	109	26	7	142	126	9	135

Formazione del personale - 1

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo delle competenze professionali dei dipendenti. La Direzione Strategica individua ogni anno gli indirizzi formativi generali; l'Ufficio Formazione e sviluppo diffonde poi gli indirizzi aziendali a tutti i dipartimenti e a tutte le strutture dell'Azienda e i relativi responsabili individuano, ognuno per il proprio settore, i fabbisogni formativi inserendoli nell'applicativo gestionale aziendale per la formazione (REFERA). Gli eventi vengono raccolti tramite l'inserimento delle proposte nella piattaforma per la formazione Refera e poi sottoposti al Comitato Tecnico Scientifico e alla Direzione Strategica per l'analisi e approvazione e possono essere raggruppati nelle sottostanti aree tematiche:

- Formazione obbligatoria: prevista e regolamentata da normativa nazionale o regionale (ad esempio corsi in materia di sicurezza D.Lgs. 81/08, BLS-D, PBLIS-D...);
- Formazione strategica: a supporto di progetti specifici, considerati determinanti per l'Azienda (formazione sulla Cartella Clinica Elettronica, progetti PNRR...);
- Formazione trasversale: volta a migliorare le conoscenze/competenze e la crescita professionale (corsi in materia di contrasto alla violenza e relazioni efficaci, corsi di informatica sul pacchetto Office...);
- Formazione specifica: mirata a specifici ruoli professionali/disciplina, nonché del Dipartimento e UOC di afferenza di ciascun dipendente.

La bozza del PFA viene sottoposta al vaglio del Comitato Tecnico Scientifico e, una volta raccolto il relativo parere, viene presentata alla Direzione Strategica per l'approvazione definitiva.

L'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO è Provider Regionale e l'attività formativa rivolta al personale sanitario, fatto salvo casi specifici, è accreditata con il Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina (ECM-CPD).

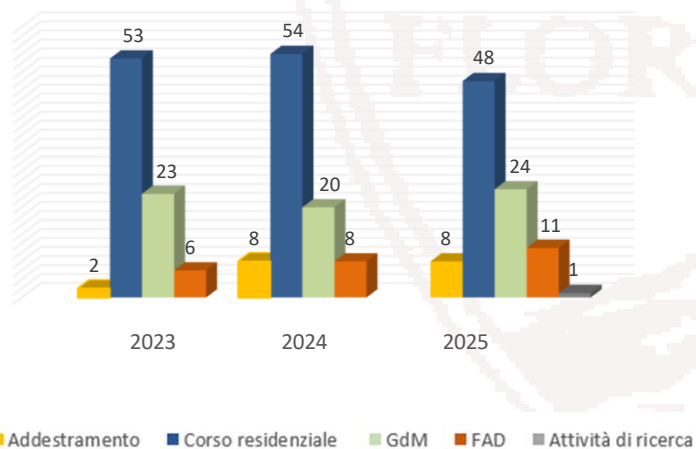
Formazione del personale - 2

MODALITÀ FORMAZIONE E TIPOLOGIA EVENTI

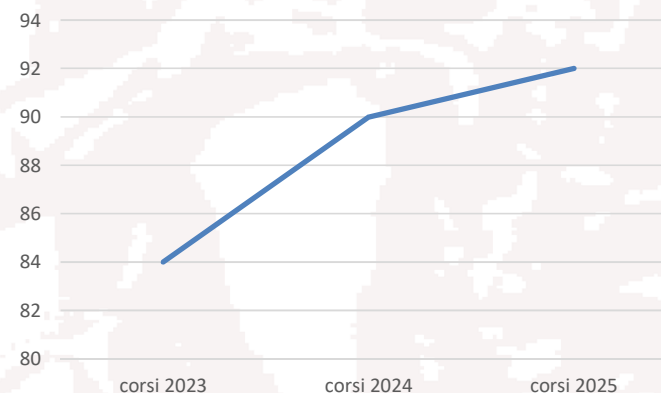
La formazione viene effettuata con diverse modalità, volte ad assicurare la più ampia partecipazione possibile agli eventi formativi. Le tipologie di eventi sono raggruppabili in:

- Corsi residenziali
- Gruppi di miglioramento
- Attività di addestramento
- FAD (Formazione a Distanza)

Tipologia corsi erogati 2023-2025



Andamento corsi erogati 2023-2025



Formazione del personale - 3

I DESTINATARI DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

L'offerta formativa 2025 (90 corsi erogati) dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO è rivolta a n. 1200 professionisti dipendenti, distribuiti come riportato nella tabella sottostante

DIRIGENZA		COMPARTO	
Macroprofili	N. Dipendenti	Macroprofili	N. Dipendenti
Dirigenza medica	240	Personale sanitario	538
Dirigenza medica universitaria	11	Personale tecnico non sanitario	91
Dirigenza sanitaria	13	Personale amministrativo	159
Dirigenza professionale e tecnica	5	Personale sociosanitario e assistenti sociali	131
Dirigenza amministrativa	10	Personale professionale	2
Totale dirigenza	279	Totale comparto	921

Formazione del personale - 4

Offerta formativa 2026

Per il 2026, sono stati proposti n. 108 eventi formativi, da erogare nelle diverse tipologie come di seguito indicato:

Corsi residenziali/Convegni	61
FAD	14
Formazione blended	1
Gruppi di miglioramento	23
Training individualizzato/addestramento	9

Gli eventi formativi saranno dettagliati nel Piano di Formazione aziendale che sarà adottato con deliberazione del Direttore Generale entro il mese di marzo 2026, come stabilito da Regione Lombardia con DGR n. XII/5889 del 30 dicembre 2025

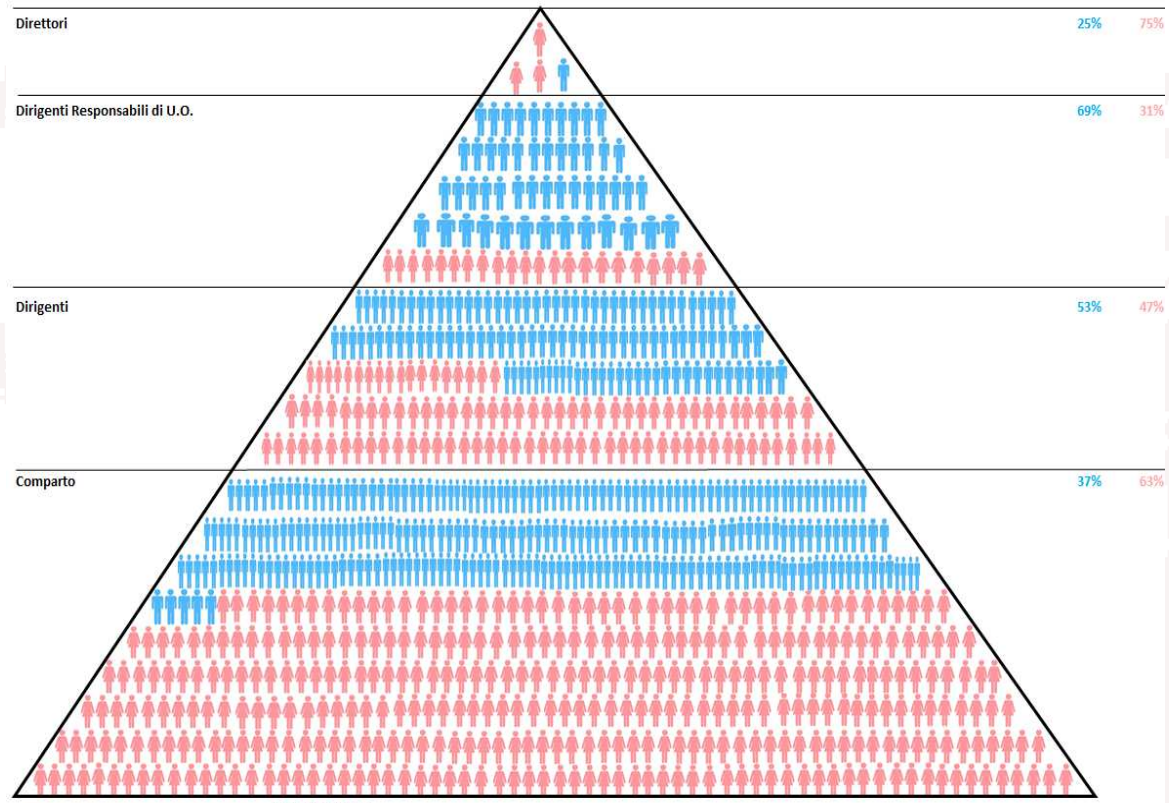
Benessere Organizzativo

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO AL 31/12/2025

Livello	UOMINI					DONNE					TOTALE
	< 30	da 31 a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 61	<30	da 31a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 61	
Dirigenza Medica	5	45	33	25	31		26	33	31	11	240
Universitari		1	1	4	2			1	2		11
Dirigenza Amm./Tecnica/Prof			4	3			2	6			15
Dirigenza sanitaria			2	3	2		2	3	1		13
Infermieri	19	24	30	45	18	37	42	39	105	35	394
Tecnici sanitari	7	6	4	12	5	8	14	3	11	3	73
Personale della Riabilitazione	3	8	5	7	2	4	14	8	14	5	70
Amministrativi	13	17	11	11		11	19	24	40	13	159
Ausiliari				3	1				12	2	18
Assistenti Sociali						1	2				3
Tecnici della Prevenzione		1									1
Personale Comunicazione- Informazione			1				1				2
Tecnici non sanitari		15	12	12	6	1	12	21	34	15	73
OTA/OSS	2	2	5	17	17		1		18	11	128
Totale personale	49	119	108	142	84	62	135	138	268	95	1200
% sul totale personale	4,08%	9,92%	9,00%	11,83%	7,00%	5,17%	11,25%	11,50%	22,33%	7,92%	100%

Pari Opportunità ed equilibrio di genere

Presenza femminile per Qualifica e segregazione verticale – ASST PINI CTO Dicembre 2025



Comitato Unico di Garanzia (CUG) - composizione

Rappresentanza	Donne	Uomini	totale
Amministrazione	5	2	7
Organizzazioni Sindacali	5	2	7
Presidente	1		1
TOTALE Componenti titolari	10	4	14

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è stato costituito con deliberazione n. 50 del 31/01/2017, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 260 del 20/05/2022.

Il CUG è un organo paritetico ed è composto da rappresentanti dell'Amministrazione e delle Organizzazioni sindacali. Il Comitato è composto da n. **14 componenti titolari** (comprensivi di presidente) e da **14 componenti supplenti**.

Comitato Unico di Garanzia (CUG) - finalità

L'operato del CUG è rivolto al perseguimento delle seguenti finalità:

- assicurare parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

Comitato Unico di Garanzia (CUG) – Piano delle Azioni Positive - 1

Area Piano STRATEGICO	AZIONI	Azioni programmate 2026-2028
Attivazione di convenzioni per asili nido e scuole dell'infanzia	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per servizi di asilo nido e scuola dell'infanzia	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Promuovere l'attività fisica e motoria attraverso l'attivazione di convenzioni con enti gestori di palestre	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per l'accesso alle palestre	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Attivazione di convenzioni di parcheggio	Attivazione di convenzioni di parcheggio a favore dei dipendenti	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Attivazione di corsi di formazione	Attivazione di: Corso inglese; Corso informatica (uso di Excel); Corso di statistica da applicare a studio scientifico medico	Corsi di formazione che forniscano informazioni e strumenti pratici. I corsi saranno organizzati in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Comitato Unico di Garanzia (CUG) – Piano delle Azioni Positive - 2

Area Piano STRATEGICO	AZIONI	Azioni programmate 2026-2028
Rilevazione del benessere organizzativo e del livello di stress lavoro-correlato	<p>Proposta di un questionario anonimo finalizzato a rilevare il clima di lavoro e il benessere organizzativo con possibilità di raccogliere proposte per il miglioramento degli stessi.</p> <p>Rilevazione del livello di stress lavoro-correlato dei dipendenti con l'intervento del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione in coerenza con gli strumenti definiti nel DVR</p>	<p>Presentazione a tutti i dipendenti della proposta di questionario;</p> <p>Promozione della partecipazione e avvio della rilevazione;</p> <p>Analisi dei dati raccolti;</p> <p>Socializzazione dei dati e condivisione delle proposte di miglioramento</p>
Mail d'ascolto	<p>Attivazione di una mail di ascolto per il personale tramite attivazione della casella di posta CUGASCOLTA</p>	<p>Previsione di una casella di posta elettronica a cui i dipendenti possano inoltrare segnalazioni per le quali ritengano di poter ricevere supporto dal CUG</p>
Rilevazione delle violenze di genere e tutela delle diversità	<p>Rilevazione su violenze di genere ed atti discriminatori nei confronti di minoranze etniche, religiose, politiche, sessuali</p>	<p>somministrazione di questionari anonimi a tutti i dipendenti; avvio di una sorveglianza da parte di osservatore esterno all'azienda; eventi formativi, campagne di sensibilizzazione, role-playing</p>



SEZIONE 4: MONITORAGGIO

AVULSA
FLORESCIT

Monitoraggio delle sezioni del PIAO

Valore pubblico e Performance

- Modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: monitoraggio mensile per verifica andamento produttivo e budget; monitoraggio annuale per l'approvazione della «Relazione sulla Performance» (Controllo di Gestione)

Rischi corruttivi e trasparenza

- Secondo le indicazioni di ANAC, almeno una volta all'anno (RPCT)

Organizzazione e capitale umano

- Verifica di coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane ed il miglioramento delle competenze del personale su base triennale (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni)