

**DELIBERA 71 DEL 29/01/2026**

**OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028**

**DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI**

**SU PROPOSTA DEL DIRETTORE  
SC CONTROLLO DI GESTIONE**

che, accertata la propria competenza, sottopone l'allegata proposta di deliberazione in ordine all'oggetto sopra specificato, attestando la legittimità e la regolarità tecnico amministrativa della stessa.

Il Direttore  
SC CONTROLLO DI GESTIONE  
Dott.Ssa Marta Cristina Guffanti

Attesta, altresì, che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti.

Il Direttore  
SC CONTROLLO DI GESTIONE  
Dott.Ssa Marta Cristina Guffanti

Vista l'attestazione di legittimità del presente atto

Il Direttore  
SC AFFARI GENERALI E LEGALI  
Avv. Giacomo Rossi

## IL DIRETTORE GENERALE

### RICHIAMATI:

- il D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e ss.mm.ii., recante norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- la L. R. n. 33 del 30/12/2009 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015 avente ad oggetto: “Attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 02/01/2024, con la quale è stato preso atto della D.G.R. n. XII/1642 del 21/12/2023 con cui Regione Lombardia ha nominato il Dott. Francesco Laurelli Direttore Generale dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, con decorrenza dal 1° gennaio 2024;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 589 del 14/11/2024 “Presa d’atto della D.G.R. n. XII/3284 del 31/10/2024 ad oggetto: “Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 - 2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese”;
- la D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025 ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026 – (di concerto con il Vicepresidente Alparone e l’Assessore Lucchini)”

**PREMESSO** che il Direttore proponente ha attestato la legittimità e regolarità tecnico amministrativa del presente provvedimento e riferisce in merito ai presupposti a fondamento dell’adozione dello stesso, come specificatamente di seguito argomentato;

### VISTI:

- il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*, che all’articolo 6, comma 2, stabilisce che *“allo scopo di ottimizzare l’impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale”*;
- il D.Lgs. n. 198 dell’11 aprile 2006, ad oggetto *“Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”*, che all’articolo 48, comma 1, dispone alle pubbliche amministrazioni di predisporre *“piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”*;
- il D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, recante *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*, ove all’articolo 10, comma 1, lett. a), stabilisce l’obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere e pubblicare sul sito istituzionale ogni anno *“entro il 31 gennaio, il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall’organo di indirizzo*

*politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”;*

- la L. n. 190 del 6 novembre 2012, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, ove all'articolo 1, comma 8, dispone agli organi di indirizzo delle pubbliche amministrazioni di adottare *“il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno”*;
- la L. n. 124 del 7 agosto 2015, recante *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, ove all'articolo 14, comma 1, dispone che *“entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)”*;

**RICHIAMATI:**

- il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* che all'articolo 6 prescrive alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, l'adozione di un Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, di seguito PIAO, di durata triennale, con aggiornamento annuale entro il 31 gennaio di ogni anno;
- il D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022, ad oggetto *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”*, ai sensi del quale sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti al Piano dei Fabbisogni del Personale, al Piano della Performance, al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, al Piano Organizzativo del Lavoro Agile e al Piano di Azioni Positive;
- il D.M. n. 132 del 30 giugno 2022, ad oggetto *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”*, in base al quale i piani sopra riportati confluiscono nelle sezioni del PIAO, a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione;

**RICHIAMATI** altresì i seguenti provvedimenti:

- le Linee guida sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvate dal Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 30 ottobre 2025;
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2025 approvato dal Consiglio di Anac dell'11 novembre 2025;

**PRESO ATTO** che in conformità alle disposizioni normative e ai provvedimenti sopra richiamati è stata elaborata, la proposta del PIAO;

**EVIDENZIATO** che la redazione del presente documento è stata coordinata dal Responsabile della SC Controllo di Gestione, con il contributo del Responsabile della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e del Presidente Comitato Unico di Garanzia;

**DATO ATTO** che:

- in data 13 gennaio 2026 è stata trasmessa una prima bozza al Nucleo di Valutazione per un esame preliminare, seguita dall'invio di una versione aggiornata in data 22 gennaio 2026;
- il Nucleo di Valutazione ha espresso complessivamente parere positivo all'impianto del documento nella seduta del 26/01/2026, proponendo alcune integrazioni, come da verbali agli atti della SC Controllo di Gestione;
- in data 27 gennaio 2026 è stata trasmessa al Nucleo di Valutazione la versione aggiornata con le integrazioni proposte;
- in data 28 gennaio 2026 il Nucleo di Valutazione ha espresso parere favorevole, come da mail agli atti della SC Controllo di Gestione;

**RITENUTO**, pertanto, di procedere all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, entro il termine del 31 gennaio 2026;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento non comporta né oneri di spesa a carico del bilancio aziendale, né introiti;

**ACQUISITA** l'attestazione di legittimità della presente deliberazione da parte del Direttore della SC Affari Generali e Legali tramite firma apposta alla stessa da parte del proponente;

**ACQUISITI** i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.;

**DELIBERA**

Per i motivi in premessa indicati e che si intendono qui integralmente richiamati:

1. di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, entro il termine del 31 gennaio 2026;
2. di riservarsi la possibilità di integrare ed aggiornare il suddetto PIAO se ritenuto necessario, in applicazione delle disposizioni normative vigenti;
3. di disporre la pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 sul sito internet istituzionale entro i termini previsti, nonché sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri per la pubblicazione;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta né oneri di spesa né introiti;

5. di dare atto che l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze così come individuate dal P.O.A.S.;
6. di dare atto che ai sensi dell'art. 17 comma 4 L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii. il presente provvedimento non è soggetto a controllo ed è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio online aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Francesco Saverio Laurelli)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa Maria Luigia Barone)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Valentino Lembo)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

(Dott. Giovanni Guido Guizzetti)

#### SC CONTROLLO DI GESTIONE

Responsabile del procedimento amministrativo: Dott.Ssa Marta Cristina Guffanti

Addetto all'istruttoria: Rossetti Emanuele

Allegati n. 5

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Ovest Milanese

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE

## 2026-2028





## Sommario

1.	Scheda Anagrafica dell'Azienda.....	8
1.1	L'Azienda.....	8
1.2	Indice dimensionale.....	12
1.3	Contesto esterno .....	14
1.4	Contesto interno.....	16
2.	Valore pubblico, Performance e Anticorruzione .....	21
2.1	Valore Pubblico .....	21
2.2	Obiettivi e strategie per raggiungere il Valore Pubblico .....	22
2.3	Performance.....	28
2.3.1	Piano delle Azioni Positive.....	31
2.4	Rischi corruttivi e Trasparenza.....	37
2.4.1	Processo di gestione del rischio .....	39
2.4.2	Analisi del contesto .....	39
2.4.3	Valutazione di impatto del contesto esterno .....	40
2.4.4	La valutazione di impatto del contesto interno .....	41
2.4.5	Processi e valutazione del rischio .....	50
2.4.6	Misure di prevenzione.....	54
2.4.7	Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure .....	69
2.4.8	L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013 .....	70
2.4.9	Responsabilità e misure organizzative.....	73
2.4.10	Accesso civico semplice e Accesso civico generalizzato .....	75
2.4.11	L'equilibrio con la Privacy.....	76
2.4.12	Coordinamento con sezione performance.....	80
3.	Organizzazione e Capitale Umano .....	82
3.1	Struttura Organizzativa.....	82
3.2	Organizzazione del lavoro agile .....	85
3.3	Piano Triennale dei fabbisogni del personale.....	87
3.4	Piano formativo Aziendale.....	88
4.	Monitoraggio e Report Integrato .....	91



## Premessa e Nota metodologica

Il PIAO, introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in L. n. 113 del 6 agosto 2021, è un documento strategico di pianificazione triennale da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno. Si tratta di un documento unico di programmazione e governance delle pubbliche amministrazioni, istituito al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs. 150/2009 e della L. 190/2012.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) , assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;



e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

In base a quanto disposto dal comma 5 dell'art. 6 del D. L. n. 80/2021 è stato emanato il DPR n. 81 del 24 giugno 2022, all'interno del quale vengono individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO.

Nello specifico confluiscono nelle apposite sezioni del PIAO gli adempimenti relativi al:

- Piano della Performance - Articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190
- Piano dei Fabbisogni di Personale - Articolo 6, commi 1, 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile - Articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124
- Piano di Azioni Positive - Articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198

Il documento è elaborato nel rispetto del modello proposto dalle *“Linee Guida 2025 sul Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) e sul Report del PIAO”* e i relativi Manuali operativi (MO) destinati ai Ministeri, alle Regioni, ai Comuni e alle Province, emanati dal Ministero per la Pubblica Amministrazione il 17/12/2025.

Nel dettaglio dei contenuti, le Linee guida sono destinate a tutte le amministrazioni e si concentrano:

a) sul processo di predisposizione del PIAO. Il processo è stato articolato in più fasi:

Fase 1: condizioni abilitanti, commitment politico e gruppo di lavoro integrato;

Fase 2: Analisi strategica e mappatura degli stakeholder;



Fase 3: Identificazione del Valore Pubblico (VP) e delle strategie (obiettivi strategici e indicatori pluriennali);

Fase 4: Definizione degli obiettivi di performance e anticorruzione. Integrazione con la programmazione economico-finanziaria. Integrazione con la gestione dei rischi;

Fase 5: Definizione degli obiettivi di sviluppo organizzativo e professionale;

Fase 6: Monitoraggio e valutazione, rendicontazione e comunicazione;

Fase 7: Manutenzione, riesame e aggiornamento del PIAO.

b) sui soggetti e i relativi ruoli di coloro che partecipano al processo di predisposizione del PIAO.

Alle LG, che propongono indicazioni metodologiche sintetiche valide per tutte le PA con focus sul processo e sui soggetti, sono associati dei Manuali Operativi (MO), che forniscono indicazioni metodologiche analitiche e contestualizzate per comparto e tipologia di PA, con focus sui contenuti.

Il PIAO si inserisce in una più ampia tendenza internazionale che ha portato i sistemi di performance management pubblici di tutti i paesi OCSE ad orientarsi sempre più verso l'impatto di medio-lungo termine sul benessere dei cittadini e della collettività, altrimenti chiamato Valore Pubblico (VP).

Tale concetto viene definito in letteratura nel 1995 ed appare nel nostro quadro legislativo dapprima con il d.lgs. 150 del 2009 e poi nelle Linee Guida del DFP tra il 2017 e il 2020, nonché nei PNA 2019 e 2022 di ANAC. Ogni amministrazione contestualizza il VP considerando la propria mission istituzionale e il suo mandato politico, tenendo conto della prospettiva di più stakeholders.

La definizione di Valore Pubblico nelle Linee Guida 2017-2020 del DFP: Livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ambientale e sanitario di cittadini, imprese e altri stakeholder creato da una PA e misurato come miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti rispetto alla condizione di partenza.

Per generare VP per cittadini e utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'amministrazione deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse di cui dispone.

Il PIAO mira ad introdurre un orientamento della pianificazione e della programmazione al valore, chiedendo alle amministrazioni di identificare obiettivi selezionati e prioritari di impatto specifico (es. solo economico) e di impatto complessivo o Valore Pubblico (es. sia economico che sociale).

È a tal fine importante che avvenga un'integrazione verticale interna tra politica, strategia e sistemi operativi ed esterna con altre amministrazioni che hanno nel loro mandato istituzionale i bisogni dello stesso bacino d'utenza e con imprese e cittadini, creando una vera e propria filiera del VP. L'integrazione deve essere anche orizzontale, tra funzioni aziendali.

Le opportunità di partecipazione e collaborazione nel PIAO riguardano:

- il rapporto tra il vertice politico e il vertice amministrativo e la dirigenza;
- il rapporto tra unità organizzative interne: performance & qualità – personale – innovazione organizzativa – bilancio – anticorruzione – digitale – semplificazione;
- utenti e cittadini: fase di pianificazione (definizione obiettivi di VP), gestione dei rischi, strategie attuative (co-produzione) e valutazione partecipata.

La partecipazione non deve essere un adempimento, ma tradursi in un coinvolgimento sostanziale che dà luogo ad un cambiamento culturale.

Inoltre, il PIAO mira ad alleggerire gli oneri amministrativi collegati ai vari processi di programmazione: la sfida è quella di semplificare grazie alla selettività degli obiettivi e alla riduzione della numerosità degli strumenti di pianificazione, prestando attenzione a rendere la programmazione semplice ma non semplicistica.

La programmazione integrata consente di:

- analizzare informazioni riguardanti il contesto e le scelte strategiche da compiere: in primis, definire un ordine di priorità tra le molteplici aree di intervento demandate dal mandato istituzionale e dalle mission;
- prendere decisioni riguardanti desiderabilità, fattibilità, difendibilità e legittimità di mission, obiettivi strategici ed azioni;
- affrontare in maniera efficace le criticità organizzative e gestionali interne;
- promuovere l'apprendimento organizzativo e lo sviluppo delle competenze professionali;
- in definitiva, produrre impatti multidimensionali migliorativi del benessere complessivo delle comunità di riferimento rispetto al momento di partenza di una politica o di un progetto, ossia creare VP.

Pur non essendo stato ancora previsto dal legislatore un Report integrato, le Linee Guida suggeriscono di predisporlo annualmente e i Manuali Operativi forniscono indicazioni metodologiche su come farlo. Infatti, si può governare l'abilitazione, la protezione e la creazione del VP solo comprendendo l'interazione tra i risultati raggiunti, nelle varie Sezioni del PIAO.



Il documento è strutturato in Sezioni e Sottosezioni, secondo lo schema di piano tipo, allegato al d.m. 132/2022. Le sezioni sono a loro volta suddivise in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. I contenuti di ogni sottosezione vengono programmati in modo funzionale al Valore Pubblico che si intende creare, secondo una logica d'integrazione funzionale.

Come si può evincere dal contenuto e dalla strutturazione sopra riportata, il presente piano si pone nell'ottica di superamento della molteplicità e frammentazione degli strumenti di pianificazione previsti dall'ordinamento. L'elaborazione di un piano unico mira a favorire un approccio unitario, coordinato e sistematizzato delle scelte di programmazione.

In questo senso il PIAO, nella sua predisposizione, ha visto il coinvolgimento attivo ed armonico delle diverse strutture dell'Azienda, ciascuna per la rispettiva area di competenza.



## 1. Scheda Anagrafica dell’Azienda

### 1.1 L’Azienda

L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese è un’azienda pubblica del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia, priva di scopo di lucro, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Costituita a decorrere dal 1° gennaio 2016 in attuazione della Legge Regionale n. 23 dell’11 agosto 2015, recante la riforma del sistema sociosanitario lombardo, opera nel nuovo assetto istituzionale regionale definito attraverso l’istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), in sostituzione delle precedenti Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.



Sistema Socio Sanitario  
Regione  
Lombardia  
ASST Ovest Milanese

#### IDENTITA'

Azienda pubblica che opera per la tutela della salute, integrando ospedale e territorio e ponendo la persona al centro dei percorsi assistenziali.



#### DIREZIONE

Evolvere verso un sistema sanitario territoriale efficiente, innovativo e sostenibile, capace di rispondere ai bisogni presenti e futuri della comunità.

La sede legale è situata in Legnano (MI), in Via Giovanni Paolo II n. 25. L’attività si svolge all’interno del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia ed è orientata all’esercizio delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e continuità assistenziale, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento.

In ambito ospedaliero, l’organizzazione è articolata in due Presidi Ospedalieri. Il Presidio Ospedaliero di Legnano comprende gli stabilimenti di Legnano e di Cuggiono, mentre il Presidio Ospedaliero di Magenta include gli stabilimenti di Magenta e di Abbiategrasso. Tale articolazione



consente di garantire un'offerta ospedaliera integrata e diffusa sul territorio, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e coordinate tra i diversi livelli di complessità assistenziale.

La distribuzione dei posti letto tra i diversi stabilimenti ospedalieri consente di assicurare una copertura omogenea del territorio di riferimento, favorendo l'integrazione tra i presidi e la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso assistenziale, dall'accesso in urgenza alla gestione programmata fino al follow-up territoriale.

Ospedali	Posti letto totali	Degenza ordinaria	DH/DS	Subacuti	MAC	BIC	Dialisi	Culle	Hospice Cuggiono	Comunità Psichiatriche	Ospedale di Comunità
Legnano	565	545	20	0	34	14	24	10		79	
Cuggiono	157	147	10	18	12	5	10	//	11	//	
Magenta	433	405	28	//	32	8	16	30		60	
Abbiategrasso	149	137	12	16	19	3	8	//		//	16
<b>TOTALI</b>	<b>1.304</b>	<b>1.237</b>	<b>70</b>	<b>34</b>	<b>101</b>	<b>30</b>	<b>58</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>139</b>	<b>16</b>

Accanto alla rete ospedaliera, l'ASST Ovest Milanese dispone di una articolata e capillare rete territoriale, organizzata attraverso i Distretti Sociosanitari, che rappresentano il presidio di prossimità per la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la programmazione territoriale e il coordinamento dei professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali. All'interno dei Distretti operano in modo integrato Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali e altre figure sociosanitarie, garantendo un approccio multidisciplinare alla presa in carico del cittadino.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e, in particolare, da quanto disposto dalla LR n. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, il Polo Territoriale dell'ASST Ovest Milanese eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, oltre alle cure intermedie e alle funzioni medico-legali.

Ai Distretti afferiscono le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, dispositivi fondamentali del nuovo modello di sanità di prossimità introdotto dal DM 77/2022 e sostenuto dagli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

All'interno dei Distretti vengono erogati i principali servizi territoriali dell'Azienda, tra cui l'assistenza protesica e integrativa, l'assistenza farmaceutica territoriale, i servizi rivolti alla fragilità e le cure domiciliari, la continuità assistenziale, le attività consultoriali, i programmi vaccinali, la gestione della cronicità e le funzioni di medicina legale territoriale. Le Case di

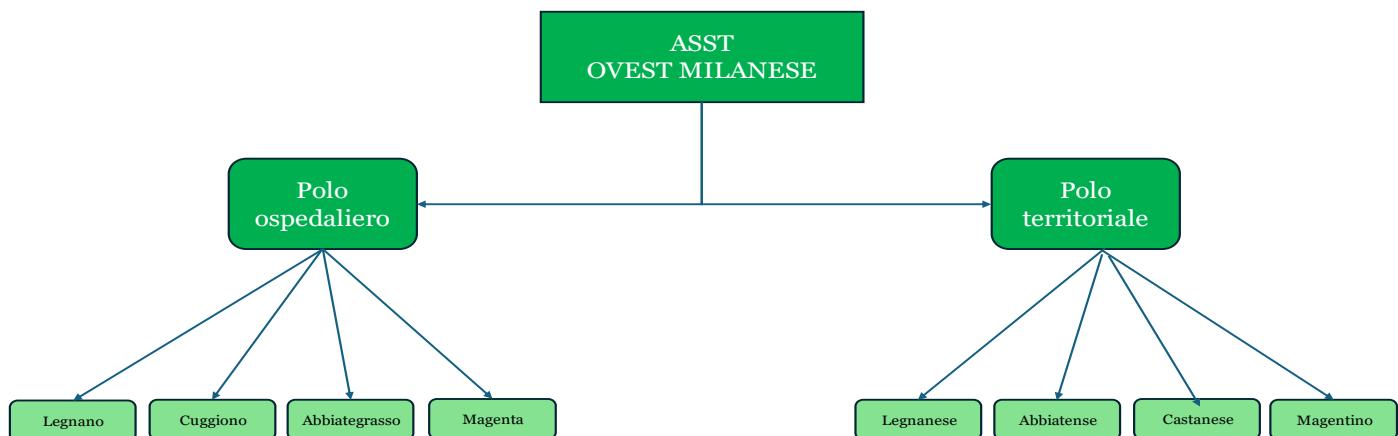
Comunità, in particolare, rappresentano il punto di riferimento unitario per l'accesso ai servizi territoriali, grazie alla presenza integrata di equipe multiprofessionali e poliambulatori territoriali orientati alla presa in carico globale del cittadino.

Con provvedimento del Direttore Generale n. 123 del 29/03/2022, l'ASST Ovest Milanese ha istituito, ai sensi della L.R. n. 33/2009 e s.m.i., i seguenti quattro Distretti:

- **Distretto Legnanese**, con sede nel Comune di Legnano
- **Distretto Castanese**, con sede nel Comune di Castano Primo
- **Distretto Magentino**, con sede nel Comune di Magenta
- **Distretto Abbiatense**, con sede nel Comune di Abbiategrasso

A tali Distretti corrispondono tre Ambiti Territoriali:

- gli Ambiti di **Magenta** e **Abbiategrasso** corrispondono rispettivamente ai Distretti Magentino e Abbiatense;
- all'**Ambito Altomilanese** corrispondono i Distretti Castanese e Legnanese.



L'Azienda garantisce in ogni setting, ospedaliero e territoriale, il trattamento clinico-assistenziale più appropriato per le persone che a essa si rivolgono, adottando criteri uniformi di accesso e assicurando equità, imparzialità, centralità della persona e rispetto della dignità del paziente, in piena coerenza con i principi della riforma del Welfare lombardo.

In linea con quanto previsto dal DM 77/22, ai Distretti afferiscono le Case di Comunità (CDC), gli Ospedali di Comunità (ODC) e le Centrali Operative Territoriali (COT), così come di seguito rappresentato:



CdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	14/12/2023	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Castano Primo	Via Moroni, 12	Castano Primo	14/12/2023	Soluzione "ponte"	POR
Parabiago	Via F.lli Rosselli, 12	Parabiago	14/12/2023	Soluzione "ponte" Parabiago	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Busto Garolfo	Via XXIV Maggio, 17	Busto Garolfo	26/07/2022	Soluzione "ponte"	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Cuggiono	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Magenta	Via Donatore di Sangue, 50	Magenta	28/11/2022	Soluzione "ponte"	POR
Gaggiano	Via Marconi, 10	Gaggiano	Entro 2026	Entro 2026	POR
Vittuone	Via Isonzo, 1	Vittuone	Entro 2026	Entro 2026	POR

OdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	30/12/2022	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	30/12/2022	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4 e via Rossetti	Cuggiono	Entro 2026	//	POR

COT	Indirizzo	Distretto	Istituzione	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Catanese	14/07/1905	30/11/2023	//	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnanese	14/07/1905	30/11/2023	//	POR
Parabiago	via XI Febbraio, 31	Legnanese	14/07/1905	15/12/2023	//	POR
Magenta	Via Al Donatore di Sangue 50	Magentino	14/07/1905	30/11/2023	//	POR
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiatense	14/07/1905	30/11/2023	//	POR

L'offerta dei servizi territoriali alla popolazione è gestita direttamente dall'ASST Ovest Milanese attraverso le diverse Unità di Offerta dislocate sul territorio:



- 8 Consultori Familiari: presenti nei comuni di Abbiatagrasso, Arluno, Busto Garolfo, Castano Primo, Cuggiono, Legnano, Magenta e Parabiago. Offrono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rivolte alla famiglia, alla donna e al bambino.
- 7 Centri Diurni per Disabili (C.D.D.): attivi nei comuni di Busto Garolfo, Castano Primo, Magenta, Magnago, Ponte Vecchio, Rescaldina e Vittuone.
- 2 Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T.): operativi negli ambiti Magentino-Abbiatense e Legnanese-Castanese.
- 2 Nuclei Operativi Alcologia (N.O.A.): presenti negli stessi ambiti Magentino-Abbiatense e Legnanese-Castanese.
- 5 Ambulatori di Neuropsichiatria Infantile: situati nei comuni di Abbiatagrasso, Cuggiono, Legnano, Magenta e Parabiago.
- 4 Ambulatori Vaccinali: dislocati nei Distretti Abbiatense, Castanese, Legnanese e Magentino.
- 5 Centri Psicosociali (C.P.S.): presenti nei comuni di Abbiatagrasso, Cuggiono, Legnano, Magenta e Parabiago.
- 3 Centri Diurni (C.D.) per persone con disturbi psichiatrici: attivi nei comuni di Legnano, Magenta e Parabiago.
- 2 Comunità Riabilitative a Media Assistenza (C.R.M.): collocate nei comuni di Legnano e Magenta.

## **1.2 Indice dimensionale**

Di seguito sono presentati alcuni indicatori di riferimento che delineano in modo chiaro e articolato le dimensioni operative dell'ASST Ovest Milanese.

I dati, non ancora consolidati, si riferiscono all'esercizio 2025 (periodo provvisorio) e offrono una visione complessiva dei volumi di attività raggiunti, evidenziando il ruolo sempre più centrale che



l'ASST Ovest Milanese riveste all'interno del sistema socio-sanitario lombardo. Attraverso questi indicatori è possibile apprezzare non solo la capacità erogativa dell'organizzazione, ma anche la sua funzione strategica nel garantire servizi di qualità ai cittadini del territorio, contribuendo in maniera significativa alla rete regionale di cura e assistenza.

## AREA OSPEDALIERA

  
**37.000+**  
Ricoveri

Di cui

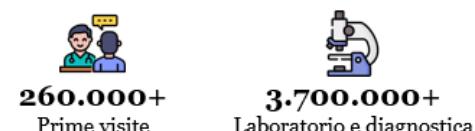


  
**240.000+**  
Giornate Degenza

  
**1.300+**  
Posti Letto Accreditati

  
**4.600.000+**  
Prestazioni ambulatoriali

Di cui



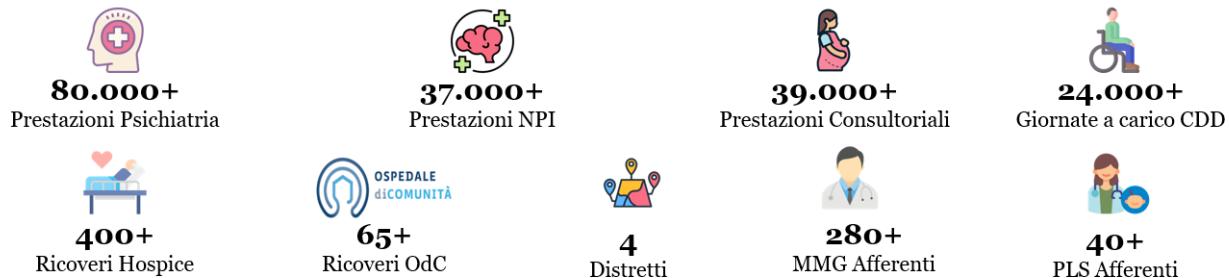
  
**144.000+**  
Accessi in PS

  
**1.400.000+**  
Prestazioni in PS

  
**16.000+**  
Ricoveri da PS



## AREA TERRITORIALE



## INDICI DIMENSIONALI



\*Il valore della produzione è stato desunto dal bilancio di assestamento 2024 (macro-classe A del conto economico).

### 1.3 Contesto esterno

Le strutture ospedaliere e territoriali della ASST Ovest Milanese sono distribuite lungo un ampio asse geografico dell'area metropolitana occidentale di Milano, comprendente un territorio caratterizzato da forte urbanizzazione, elevata mobilità quotidiana e continui flussi di popolazione pendolare. Tale collocazione consente un accesso agevole ai servizi sanitari e sociosanitari sia da parte della popolazione residente sia dei cittadini che gravitano quotidianamente sull'area per motivi lavorativi o di transito.

L'Azienda garantisce un'offerta sanitaria ampia e diversificata, in grado di coprire numerose discipline internistiche e chirurgiche, integrate dai principali servizi diagnostici e da specialità ad elevata valenza territoriale. Una caratteristica distintiva dell'organizzazione è rappresentata dalla forte vocazione nell'ambito materno-infantile, assicurata in particolare dai presidi ospedalieri di



Legnano e Magenta, che costituiscono due punti di riferimento qualificati per la presa in carico della donna e del bambino.

Il bacino di utenza, articolato nei quattro ambiti distrettuali del Legnanese, Castanese, Magentino e Abbiatense, presenta una popolazione eterogenea per età, composizione familiare, condizioni socioeconomiche e bisogni assistenziali. Il territorio comprende aree ad elevata densità urbana, zone industriali e produttive, comuni in forte espansione residenziale e realtà rurali più periferiche, determinando bisogni sanitari e sociosanitari differenziati e complessi.

Sulla base dei dati demografici rilevati dai Comuni dell'area e dalle fonti ufficiali regionali, la popolazione complessiva del territorio di competenza è caratterizzata da un progressivo invecchiamento, con conseguente incremento delle patologie croniche, e dalla presenza significativa di famiglie giovani, in linea con le caratteristiche socioeconomiche dei principali centri dell'Altomilanese.

In particolare, l'indice di vecchiaia – che misura il rapporto tra la popolazione di età pari o superiore ai 65 anni e quella di età inferiore ai 15 anni è > di 100 ed in aumento rispetto a qualche anno passato.

L'azienda opera all'interno di un sistema territoriale complesso, nel quale interagisce quotidianamente con una pluralità di soggetti istituzionali, sanitari, sociali ed economici. Questi **stakeholder esterni** influenzano in modo diretto o indiretto la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, contribuendo alla definizione dei bisogni e delle priorità del territorio.

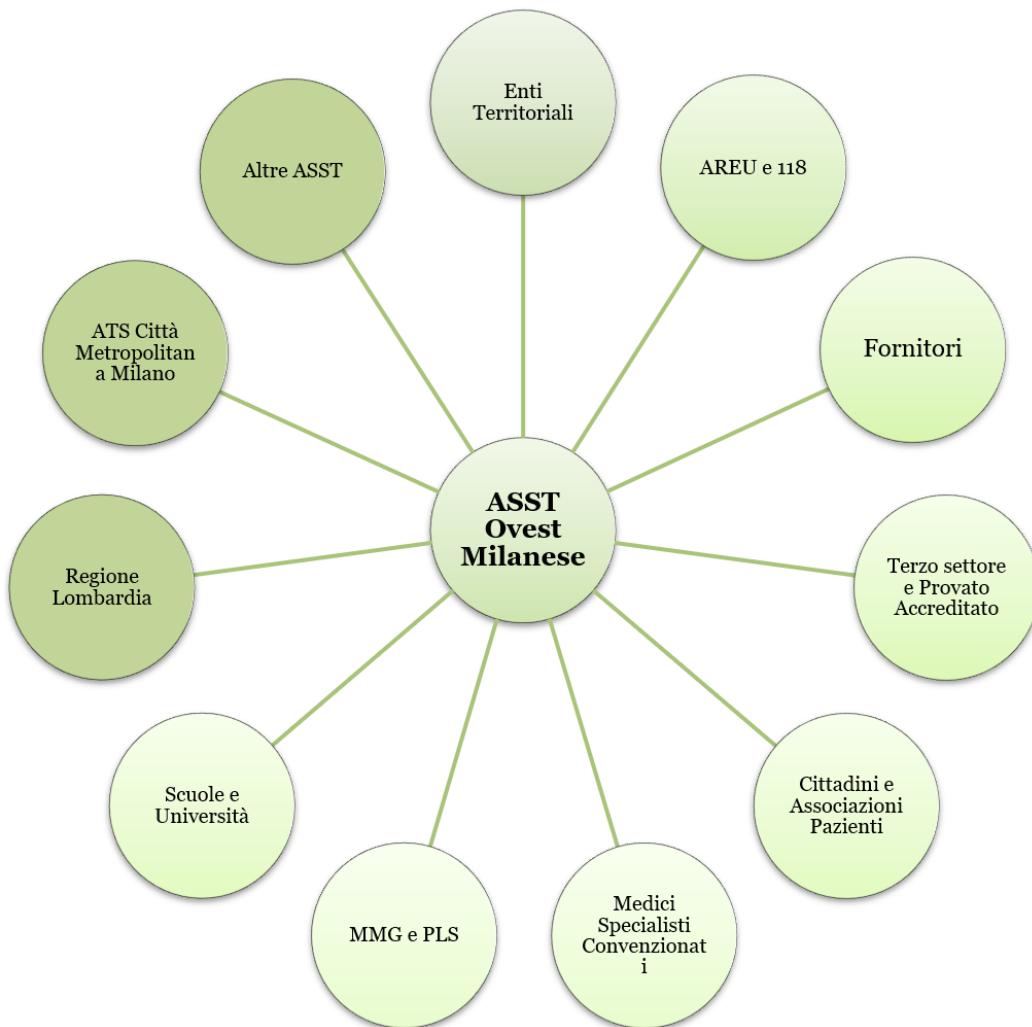
Il coinvolgimento degli stakeholder assume un ruolo strategico per garantire la piena integrazione tra ospedale, territorio e comunità locale, in coerenza con gli indirizzi regionali e con i principi della sanità di prossimità. Gli attori istituzionali – tra cui Regione Lombardia, ATS della Città Metropolitana di Milano e AREU – svolgono funzioni di governo, indirizzo strategico e coordinamento operativo. Allo stesso tempo, gli Enti Locali, i Piani di Zona e il Terzo Settore rappresentano partner fondamentali nella presa in carico della fragilità, nell'integrazione socio-sanitaria e nella gestione delle vulnerabilità.

Accanto a questi soggetti, rivestono un ruolo centrale anche i professionisti convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali), le farmacie territoriali, il mondo scolastico e universitario, il sistema produttivo locale e le associazioni dei pazienti e dei cittadini. La collaborazione con tali attori consente all'Azienda di garantire percorsi assistenziali efficaci, continuità delle cure, promozione della salute e partecipazione attiva della comunità. La



rappresentazione grafica sottostante sintetizza la mappa dei principali stakeholder esterni dell'Azienda.

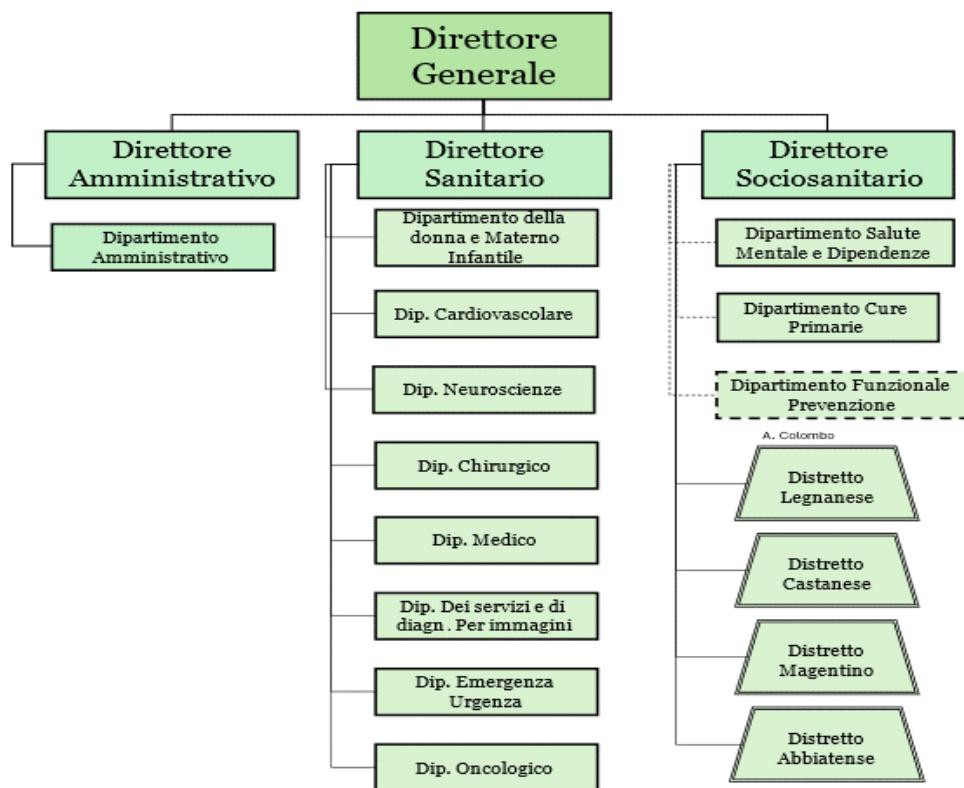
## **STAKEHOLDER ESTERNI**



### **1.4 Contesto interno**

L'azienda adotta un assetto interno di tipo dipartimentale, coerente con gli indirizzi regionali e con l'evoluzione della sanità di prossimità. L'obiettivo è integrare le funzioni cliniche, assistenziali e amministrative per assicurare appropriatezza, continuità e qualità delle prestazioni, con una chiara responsabilizzazione delle linee operative e una governance orientata ai risultati.

La struttura organizzativa di primo livello dell'Azienda è rappresentata nel seguente organigramma:



Tale assetto consente di presidiare efficacemente sia i processi sanitari ospedalieri sia quelli territoriali, in linea con il modello lombardo di integrazione ospedale–territorio e con le recenti riforme del sistema sociosanitario.

L'ambiente interno è supportato da processi organizzativi strutturati che presidiano l'intero ciclo delle attività sanitarie e amministrative, dalla programmazione alla gestione operativa, fino al monitoraggio delle performance. Particolare attenzione è rivolta ai processi di:

- programmazione dell'offerta sanitaria;
- gestione delle liste di attesa;
- governo dei percorsi clinico-assistenziali;
- integrazione multiprofessionale;
- gestione delle risorse umane e tecnologiche.

L'azienda utilizza sistemi informativi sanitari e amministrativi integrati a supporto dei processi clinici, gestionali e di controllo. L'ambiente interno è progressivamente orientato alla



digitalizzazione dei processi, al miglioramento della tracciabilità delle informazioni e all'utilizzo dei dati per il governo clinico e la valutazione delle performance.

Gli stakeholder interni dell'Azienda, invece, comprendono le diverse componenti organizzative e professionali dell'Azienda, nonché i soggetti che interagiscono direttamente e continuativamente con la struttura nell'ambito dei percorsi assistenziali, contribuendo al funzionamento complessivo dei processi interni.

La loro individuazione consente di descrivere l'assetto organizzativo aziendale e le principali relazioni funzionali interne, a supporto dell'analisi dei processi e della rappresentazione del modello organizzativo dell'ASST.

Nel grafico seguente sono riportati i principali stakeholder interni dell'ASST Ovest Milanese.



## STAKEHOLDER INTERNI



**RETI:** le reti clinico-assistenziali dell'ASST Ovest Milanese rappresentano un elemento strategico per garantire percorsi di cura integrati e di elevata qualità, in coerenza con le linee di indirizzo regionali e nazionali.

La Breast Unit assicura la presa in carico multidisciplinare delle pazienti con patologia mammaria, attraverso un percorso diagnostico-terapeutico strutturato che comprende attività di prevenzione, diagnosi di primo e secondo livello, interventi chirurgici e trattamenti oncologici. Il modello organizzativo prevede la collaborazione di professionisti dedicati (chirurghi senologi, oncologi, radiologi, anatomo-patologi, psicologi, fisioterapisti) e l'adozione di protocolli condivisi, con discussione collegiale dei casi clinici per garantire appropriatezza e continuità assistenziale.



La Pancreas Unit, riconosciuta quale Centro Hub nell'ambito della rete regionale, costituisce un punto di riferimento per la gestione delle neoplasie pancreatiche, assicurando competenze specialistiche nella diagnosi e nel trattamento chirurgico, in sinergia con i centri Spoke per le fasi diagnostiche e terapeutiche complementari. Tale assetto consente di concentrare casistica complessa in strutture ad alta specializzazione, favorendo esiti clinici ottimali e riduzione della mobilità passiva.

Il Coordinamento Ospedaliero per le Donazioni e i Trapianti (COT) svolge un ruolo fondamentale nella promozione e gestione delle attività di procurement di organi e tessuti, operando secondo standard di qualità definiti dal Centro Regionale Trapianti. L'ASST Ovest Milanese si distingue per l'elevato numero di donazioni effettuate e per la capacità di attivare percorsi di sensibilizzazione e formazione rivolti agli operatori e alla comunità.

La Rete per le Malattie Rare garantisce la presa in carico di pazienti affetti da patologie rare e ultra-rare, attraverso un centro dedicato accreditato nella rete regionale e nazionale. L'attività si articola in percorsi diagnostico-terapeutici complessi, supporto multidisciplinare, collaborazione con network specialistici e partecipazione a progetti di ricerca e innovazione, con l'obiettivo di assicurare equità di accesso e continuità assistenziale.

Queste reti costituiscono un presidio di eccellenza e rappresentano un modello organizzativo orientato alla qualità, all'integrazione e alla sostenibilità, in linea con la missione dell'ASST Ovest Milanese e con gli obiettivi del sistema socio-sanitario lombardo.



## 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguitamento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

L'ASST eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie nelle strutture della rete ospedaliera e territoriale perseguitando l'equità dell'accesso all'assistenza e garantendo elevati livelli di qualità dei servizi per tutti i cittadini residenti.

L'ASST si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona, in particolare nel caso dei soggetti portatori di patologie croniche, in condizioni di fragilità e delle loro famiglie.

L'integrazione – dei processi e dei servizi sanitari e sociosanitari, della rete di offerta ospedaliera e territoriale, dell'attività sanitaria e amministrativa, dei professionisti in ottica multidisciplinare e multiprofessionale – è il perno fondamentale su cui l'ASST costruisce i percorsi di cura dei pazienti e il coordinamento della presa in carico.

L'ASST, inoltre, gestisce i percorsi e i processi di tutela della salute in modo coordinato con i soggetti erogatori di diritto pubblico e diritto privato e riconosce e valorizza il ruolo della famiglia, del volontariato, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, nella logica della realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale e della libera scelta del cittadino.

I valori cui l'Azienda si ispira nel proprio operato sono così sintetizzati:

- **Eguaglianza:** ogni persona riceverà le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche;
- **Imparzialità:** i comportamenti verso le persone che si rivolgono all'Azienda sono ispirati a criteri di obiettività, giustizia e di imparzialità;
- **Efficienza ed efficacia:** il servizio viene erogato ricercando continuamente il miglior rapporto tra efficacia ed efficienza.

I professionisti dell'ASST sono impegnati in prima persona nel perseguitamento della Mission Aziendale, in quanto chiamati a contribuire all'organizzazione e alla gestione dei servizi secondo



processi e percorsi innovativi e orientati al miglioramento continuo, oltre a garantire i migliori livelli di professionalità e l'assunzione di responsabilità connesse al proprio ruolo.

A fronte di questo impegno, l'ASST vuole offrire ai propri professionisti un ambiente professionale capace di valorizzare le competenze e le capacità distintive, il benessere organizzativo e il riconoscimento del merito.

In questa sezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, all'amministrazione pubblica da parte di tutti i cittadini.

In quest'ottica il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dall'amministrazione e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne alla stessa amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto.

## **2.2 Obiettivi e strategie per raggiungere il Valore Pubblico**

La creazione del Valore Pubblico, in Azienda, avviene attraverso la programmazione di obiettivi strategici volti a garantire una risposta appropriata a tutti i bisogni di salute della popolazione alla quale devono essere assicurate misure per la totale “presa in carico” anche attraverso l'implementazione di tecnologie digitali.

Gli obiettivi sotto descritti quali obiettivi di valore pubblico e gli ulteriori obiettivi descritti nella sezione Performance saranno declinati in azioni specifiche (obiettivi di budget) alle Strutture e ai Dipartimenti aziendali in sede di negoziazione del budget, in coerenza con gli obiettivi assegnati annualmente da Regione alle Aziende.

In tal senso, gli **obiettivi di Valore Pubblico** che l'Azienda perseguità nel corrente anno saranno indirizzati alla ottimizzazione dell'offerta sanitaria in termini di accessibilità all'amministrazione al fine di garantire un livello di salute e di benessere sanitario migliore.

L'Azienda, in continuità con le azioni intraprese nel 2025, nell'ottica di incidere ulteriormente sul governo dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, proseguirà nell'implementazione di azioni dirette a:

- Miglioramento del rispetto dei tempi di attesa. L'ASST si impegna al raggiungimento del target minimo del 90% di rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità, come previsto dal Decreto DG Welfare n. 19229 del 31 dicembre 2025 per le prestazioni ricomprese nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).



- Appropriatezza prescrittiva e percorsi di cura interni - L'appropriatezza delle prestazioni di primo accesso rappresenta un pilastro fondamentale per garantire una distribuzione equa ed efficiente delle risorse. Nel 2026 verrà rafforzato il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento a: percorsi interni di cura, follow-up dei pazienti.
- Sviluppo di progettualità innovative finalizzate all'introduzione e utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale (IA) con l'obiettivo di supportare l'attività clinica, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e promuovere la sostenibilità del sistema sanitario. È previsto l'avvio a livello regionale di sperimentazione sul prescritto (TC torace senza e con contrasto), volte a standardizzare il quesito diagnostico tramite tecniche di IA. L'obiettivo è ridurre il tasso di inappropriatezza e limitare il ricorso a esami non necessari, che allungano i tempi di attesa e al contempo comportano emissioni ambientali a scapito della tutela dei professionisti.
- Qualificazione dei percorsi di accoglienza del cittadino - In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà assicurato il mantenimento e il progressivo perfezionamento dei principali strumenti di facilitazione dell'accesso: sistemi di pagamento online integrati, elimina-code evoluti, totem di self-accettazione presso le principali sedi aziendali, percorsi informativi semplificati e uniformi. L'obiettivo è migliorare l'esperienza del cittadino e ridurre i tempi amministrativi, contribuendo alla percezione positiva della qualità del servizio.

Nel quadro degli indirizzi regionali e nazionali relativi al miglioramento della qualità, dell'efficienza e della trasparenza dell'assistenza ospedaliera, l'ASST Ovest Milanese definisce per l'anno 2026 una serie di azioni strategiche orientate al potenziamento dell'attività di ricovero, alla riduzione delle criticità nei percorsi di presa in carico e al consolidamento dei processi organizzativi. Le linee operative illustrate di seguito concorrono alla generazione di valore pubblico e all'innalzamento delle performance clinico organizzative dell'Azienda.

- Consolidamento dell'attività robotica nelle SC di Chirurgia Generale e Urologia - L'ASST intende rafforzare e stabilizzare l'attività chirurgica robotica nelle Strutture Complesse di Chirurgia Generale e Urologia, garantendo il mantenimento dei volumi minimi di attività individuati dalla programmazione regionale. Regione Lombardia, nell'ambito del proprio piano di sviluppo della chirurgia robotica, ha infatti definito un target minimo di almeno 250 interventi/anno per ciascuna struttura pubblica dotata di tecnologia robotica.
- Migliorare la gestione dei flussi dei pazienti in Pronto Soccorso e a potenziare la capacità ricettiva dei reparti di area medica. In continuità con quanto realizzato nel 2025, nel 2026



l’Azienda proseguirà il lavoro di revisione e ottimizzazione dei principali snodi organizzativi che caratterizzano il flusso di dimissione e ammissione dei pazienti nelle aree di degenza ospedaliera.

- Ottimizzazione dell’accesso digitale da parte dei cittadini attraverso la disponibilità di servizi online quali Sistema PagoPA, Portale web Scelta/Revoca ed esenzioni, Prenota Zero coda per prenotare l’accesso agli sportelli amministrativi, Consulta online – Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi welfare digitali, Portale ritiro immagini radiologiche on line etc. Inoltre, coerentemente con la Legge Regionale n. 22/2021 e con gli interventi previsti dal PNRR, l’Azienda annovera tra gli obiettivi da perseguire il rinnovamento dei servizi offerti alla popolazione attraverso la riedizione integrale del sito web istituzionale secondo tecnologie rinnovate di gestione della fruizione delle informazioni.
- Valorizzazione delle persone e valore pubblico attraverso la promozione della formazione. L’Azienda promuove una efficace politica di sviluppo delle risorse umane al fine di favorire l’evoluzione professionale e la valorizzazione delle capacità e attitudini personali. Ogni anno viene predisposto il Piano delle attività di formazione del personale all’interno del quale, per aree tematiche, sono indicati i programmi formativi da implementare. Inoltre, rispetto al tema della concreta ed efficace attuazione delle politiche di formazione del personale, si riferisce che l’Azienda ha recepito la Direttiva del 16/01/2025 a firma del Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, documento in cui sono indicati gli obiettivi, gli ambiti di formazione trasversale e gli strumenti a supporto della formazione del personale pubblico.
- Potenziamento dell’assistenza primaria e della rete territoriale all’interno di presidi territoriali, quali le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità. Le Case di Comunità sono strutture sociosanitarie polivalenti che garantiscono l’erogazione di prestazioni legate all’assistenza sanitaria primaria e attività di prevenzione; costituiscono, attraverso il Punto Unico di Accesso, il punto di riferimento e di orientamento del cittadino ed opera in stretto contatto con le Centrali Operative Territoriali, punto di riferimento per Enti, servizi e strutture. Entro la fine del 2026 è prevista la conclusione dei lavori di tutte le Case ed Ospedali di Comunità della’ ASST Ovest Milanese; sono attualmente attive 7 Case di Comunità in sede temporanea e 2 Ospedali di Comunità, entrambi siti presso il P.O. di Abbiategrasso (8 pl riferiti all’OdC di Abbiategrasso e 8 pl a quello di Legnano).
- Potenziamento del livello di digitalizzazione. L’Azienda, in funzione degli obiettivi e delle milestone PNRR, fin dall’inizio si è impegnata a lavorare sulla digitalizzazione, attuando così una serie di attività tali da realizzare una serie di infrastrutture digitali, molte delle quali

dovranno vedere il pieno compimento entro la fine del 2026. In particolare, si richiamano le linee di intervento attuate a livello aziendale:

- ✓ Completamento del progetto di rinnovo delle infrastrutture della rete dati di tutti i presidi;
- ✓ Realizzazione dell'infrastruttura wi-fi sugli stabilimenti ospedalieri di Magenta, Cuggiono, Abbiategrasso
- ✓ Potenziamento delle metodologie di prevenzione delle minacce informatiche attraverso l'adozione di nuovi apparecchiature e sistemi di sicurezza
- ✓ Diffusione utilizzo della cartella clinica e potenziamento delle integrazioni con gli altri sistemi applicativi
- ✓ Informatizzazione della gestione delle richieste trasfusionali
- ✓ Informatizzazione della sorveglianza sanitaria
- ✓ Migrazione in Cloud delle infrastrutture dei servizi essenziali erogati
- ✓ Nuovo sistema di backup on cloud
- ✓ Banda larga per connessione rete dati geografica - Sanità Connessa –
- ✓ Rinnovo tecnologico RIS/PACS con architettura ridondata sui 4 presidi ospedalieri
- ✓ Reingegnerizzazione architetture hardware e applicative della cartella clinica
- ✓ Revisione database sistema di laboratorio
- ✓ Adempimenti previsti dalla Direttiva europea NIS2 sulla cybersicurezza: analisi di impatto, gestione dei rischi, gestione degli incidenti, gestione supply chain
- ✓ Produttività e Sicurezza- migrazione in cloud del sistema di posta (Microsoft Office365)
- ✓ Informatizzazione cartella medica e infermieristica
- ✓ Somministrazione sicura dei farmaci
- ✓ Implementazione Cartella onco/ematologica
- ✓ Digital pathology
- ✓ Rinnovo sistema di prescrizione, preparazione e somministrazione farmaci
- ✓ Studio di fattibilità rinnovo gestionale sale operatorie e dell'introduzione della cartella anestesiologica
- ✓ Definizione e ridisegno dei processi clinico/amministrativi delle MAC
- ✓ Rilascio sistema di prenotazione direttamente in ambulatorio per consentire la prenotazione direttamente in fase di prescrizione da parte del medico e/o del personale clinico, evitando al paziente di contattare il CUP
- ✓ Resource Management – sistema di gestione delle risorse e dei percorsi di cura



- ✓ Patient Relationship Management –sistema di interazione strutturata medico – paziente
- ✓ Soluzione per la stampa delle etichette di laboratorio direttamente a domicilio del paziente in fase di prelievo
- ✓ Produzione dei Referti secondo lo standard CDA2 e pubblicazione su FSE 2.0 per il popolamento del Fascicolo Sanitario Nazionale.

Questa ampia nozione di valore pubblico ha importanti conseguenze sulla struttura del PIAO in termini di rapporto/integrazione fra le varie sezioni, nonché in termini di collaborazione fra gli attori coinvolti.

Infatti, le azioni e le misure declinate nelle sottosezioni dedicate alla performance e alla prevenzione della corruzione e trasparenza, costituiscono gli strumenti attraverso i quali si esprime il valore pubblico nella sua concreta applicazione e protezione.

### **Valore Pubblico – Correlazione tra Output e Outcome**

La misurazione del valore pubblico generato dall’Azienda si fonda sulla capacità di correlare gli indicatori di output, definiti dalla Direzione Generale Welfare con il Decreto n. 19229 del 31/12/2025, agli indicatori di outcome che rappresentano il cambiamento prodotto nei cittadini, nel sistema sanitario e nel territorio. Tale correlazione consente di superare una logica meramente produttiva per orientare la performance verso una prospettiva di impatto, in coerenza con quanto previsto dal PIAO e dal Ciclo della Performance.

Gli indicatori di output – quali volumi di attività ambulatoriali e ospedaliere, tempi di attesa, adesione ai PDTA, prestazioni domiciliari, prestazioni di prevenzione e screening – descrivono infatti il livello di attività erogata dall’ASST, ma non ne esprimono direttamente il valore generato. Per garantire una valutazione integrata, ogni output viene quindi associato a uno o più outcome, i quali rappresentano la dimensione dell’efficacia, dell’accessibilità, dell’appropriatezza, della continuità assistenziale e della qualità percepita.

Per le motivazioni sopra elencate risulta quindi fondamentale evidenziare come l’attività svolta contribuisca direttamente o indirettamente alla generazione di valore pubblico. Ad esempio, l’aumento del numero di visite specialistiche o delle prestazioni domiciliari (output) è correlato all’incremento della copertura della popolazione fragili e cronica (outcome intermedio), e a sua volta alla riduzione dei ricoveri evitabili e degli accessi impropri ai Pronto Soccorso (outcome finale).

Analogamente, l'adesione ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) è associata alla continuità assistenziale e alla presa in carico multidisciplinare, con outcome di sistema quali la riduzione delle complicanze e dei ricoveri ripetuti. I tempi di attesa, altro indicatore di output, sono correlati alla tempestività diagnostica e alla prognosi clinica, oltre che alla qualità percepita dai cittadini.

Per ogni famiglia di output prevista dal Decreto 19229, l'ASST ha quindi individuato uno o più outcome standardizzati, anche in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, con il Piano della Performance e con i sistemi di monitoraggio istituzionali. In particolare:

- Area ospedaliera: gli output relativi ai ricoveri, alle attività chirurgiche e diagnostiche sono associati a outcome quali il tasso di riospedalizzazione entro 30 giorni, l'appropriatezza dei ricoveri, la mortalità standardizzata per patologia.
- Area territoriale e cronicità: le prestazioni erogate tramite ADI e PDTA territoriali sono correlate a outcome quali la riduzione degli accessi impropri ai PS, la rivalutazione periodica dei cronici, l'aderenza terapeutica.
- Prevenzione e screening: l'attività di screening (output) è collegata agli outcome di diagnosi precoce, riduzione della mortalità evitabile e miglioramento della qualità di vita.
- Accessibilità e qualità percepita: il monitoraggio dei tempi di attesa e dell'offerta ambulatoriale si integra con outcome relativi alla soddisfazione degli utenti, alla prossimità dei servizi e alla tempestività diagnostica.

La correlazione tra output e outcome non ha solo valore descrittivo: essa costituisce la base per la definizione degli obiettivi operativi, per l'individuazione delle priorità di investimento e per la valutazione della performance delle strutture e della dirigenza. In questo senso, l'approccio adottato consente di allineare la performance aziendale agli obiettivi del sistema regionale e ai bisogni dei cittadini, rafforzando l'orientamento dell'ASST verso un modello di sanità pubblica capace di generare impatti misurabili e rilevanti.

L'ASST si impegna pertanto a mantenere aggiornata la mappatura tra output e outcome, garantendo la coerenza con l'evoluzione della normativa regionale, con gli standard organizzativi e con i cambiamenti del contesto socio-sanitario.



### **2.3 Performance**

La normativa vigente in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni pone un'enfasi particolare sul collegamento tra gli obiettivi e le risorse strumentali al loro conseguimento.

La definizione degli obiettivi nell'ambito della Performance deve avvenire in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, e di cui alla normativa economica e finanziaria applicabile alle regioni e agli enti locali (D.lgs. 118/2011) e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Pertanto, l'obiettivo di bilancio di questa Azienda è quello di assicurare l'equilibrio economico finanziario, sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale, sulla base delle risorse assegnate da Regione Lombardia.

Il Bilancio Preventivo 2026 è stato predisposto in coerenza con gli atti di programmazione regionale ed aziendale secondo le indicazioni regionali.

L'ASST Ovest Milanese adotta un sistema di gestione della performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi Aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione.

Il sistema di misurazione e rendicontazione delle performance della ASST garantisce una forte connessione con la mission e la strategia aziendale. La declinazione operativa degli obiettivi discende dalla pianificazione strategica aziendale a sua volta declinata coerentemente ad una strategia istituzionale.

Il ciclo di gestione della performance attivato dall'Azienda in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, prevede lo sviluppo del processo secondo le fasi di definizione degli obiettivi, monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi e di misurazione e valutazione.

L'avvio del sistema di pianificazione prevede la definizione, a partire dagli obiettivi strategici, di obiettivi assegnati ai diversi livelli dell'organizzazione (performance organizzativa), sino alla valutazione del contributo individuale (performance individuale), tramite un meccanismo "a cascata".

L'ASST definisce la propria pianificazione e programmazione, in coerenza agli indirizzi strategici dettati a livello nazionale e regionale. Le strategie aziendali trovano nella programmazione, definita sulla base degli indirizzi programmatici della Regione e delle risorse negoziate, la loro declinazione annuale e in particolare nello strumento operativo-gestionale del budget.



Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità sulla base delle entità organizzative definite nel Piano di Organizzazione Aziendale. L’Azienda declina le proprie performance mediante una programmazione annuale coerente con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Tutti gli obiettivi sono oggetto di monitoraggio periodico. L’Azienda, a seguito della verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati, procede ad individuare eventuali disallineamenti dei processi rispetto agli indicatori previsti, individuando le necessarie misure di miglioramento.

In merito alla misurabilità e valutazione finale dei risultati in termini di performance organizzativa, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge un ruolo fondamentale. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall’Azienda nel suo complesso con particolare riferimento alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all’efficacia della gestione.

Per quanto riguarda il corrente anno, il lavoro della Direzione Strategica sarà orientato al perseguitamento degli obiettivi strettamente collegati con la programmazione nazionale e regionale, pertanto, con le priorità da essa individuate nelle DD.GG.RR. XII/5524 del 17/12/2025 e n. XII/5589 del 30/12/2025 e nel Decreto DGW n. 19229 del 31/12/2025.

Gli obiettivi strategici prioritari sono riportati nella *Scheda matrice obiettivi – Anno 2026*, allegato n. 1 al presente documento.

Nel mese di febbraio sono stati pianificati gli incontri tra la Direzione Strategica e i Dipartimenti sanitari per la negoziazione del budget anno 2026.

Qualora nel corso dell’anno saranno introdotti ulteriori obiettivi, questi costituiranno oggetto di variazione infrannuale del PIAO.

La correlazione tra valutazione della performance, risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell’Area del Comparto e la RSU.

Per quanto riguarda l’anno 2025 si è provveduto:

- ✓ per l’Area del Comparto a sottoscrivere in data 17 novembre 2025 specifica ipotesi di contratto integrativo in materia di produttività;
- ✓ per la Dirigenza dell’Area Sanità a sottoscrivere in data 17 dicembre 2025 specifica ipotesi di contratto integrativo in tema di fondo per la retribuzione di risultato;



- ✓ per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 18 luglio 2025, specifica ipotesi di contratto integrativo aziendale in tema di retribuzione di risultato.

Nei predetti accordi si è provveduto, tra l'altro, a quantificare l'entità economica degli specifici fondi, a definire i criteri di ripartizione degli stessi nonché le percentuali di rapporto tra performance organizzativa e performance individuale, a determinare la maggiorazione del premio individuale per le valutazioni più elevate e a specificare i criteri per la valutazione della performance individuale (per quanto riguarda la performance organizzativa la percentuale di raggiungimento degli obiettivi viene validata dal Nucleo di Valutazione).

Sempre con riferimento alla performance individuale, le modalità di valutazione e gli specifici strumenti sono stati definiti negli accordi sottoscritti con le OO.SS. di categoria e sotto riportati:

- ✓ Nuovo Sistema di Valutazione del Personale del Comparto “Procedura di valutazione della performance organizzativa e del contributo individuale del Personale dipendente del Comparto” - sottoscritto il 24/11/2025;
- ✓ “Regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) e di valutazione dell'area sanità – Dirigenza Medica, sanitaria e delle professioni sanitaria” Deliberazione n.450 del 29/12/2020;
- ✓ “Approvazione regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) dell'area delle funzioni locali – sezione dirigenza amministrativa, tecnica e professionale Deliberazione n. 185 del 13/05/2021 aggiornato con Deliberazione n.553 del 27/12/2022;

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all'anno 2025, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come previsto dai contratti integrativi Aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza e con il saldo relativo alla performance individuale.

## Benchmark utilizzati

Nel processo di definizione degli obiettivi di performance, l'Azienda ha adottato un approccio integrato che, oltre agli indirizzi di programmazione regionale e ai parametri previsti dal Decreto della Direzione Generale Welfare, considera anche benchmark nazionali indipendenti. In particolare, sono stati utilizzati gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) e altri sistemi di valutazione nazionali, al fine di garantire un confronto oggettivo con le migliori performance riscontrate sul territorio italiano. L'integrazione di tali benchmark consente di calibrare gli



obiettivi su standard di qualità più ampi, promuovendo il miglioramento continuo, l'efficacia clinica e la coerenza con le evidenze nazionali in tema di esiti e qualità dell'assistenza.

### **2.3.1 Piano delle Azioni Positive**

Il CUG dell'ASST Ovest Milanese, istituito con Delibera DG n. 434 del 2021, ha raggiunto la scadenza naturale del proprio mandato nell'ottobre 2025. Tuttavia, in piena conformità con la Direttiva Ministeriale n. 2/2019 (punto 3.3) e con il Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia dell'ASST Ovest Milanese (approvato con Delibera DG n. 111/2023), il Comitato rimane comunque operativo in regime di "prorogatio". Tale assetto garantisce la continuità delle funzioni propositive, consultive e di verifica sino all'insediamento del nuovo organismo, assicurando la tutela del benessere lavorativo, della parità e pari opportunità sino alla nomina del nuovo CUG.

Il Comitato Unico di Garanzia, in linea con gli obiettivi di benessere organizzativo, pari opportunità e conciliazione vita-lavoro ha definito nel Piano Triennale di Azioni Positive aggiornato le progettualità/iniziative per l'annualità 2026.

L'attuale CUG, come già esposto in premessa, ha raggiunto la naturale scadenza del suo mandato e attualmente opera in regime di *prorogatio*. In questa fase di transizione, tuttavia i suoi componenti hanno scelto unanimemente di mantenere elevato il livello delle attività, garantendo non solo l'ordinaria amministrazione ma promuovendo attivamente nuove iniziative e proseguendo nella realizzazione del Piano Triennale di Azioni Positive. Un elemento fondamentale e caratterizzante questo CUG, che si ritiene debba sempre essere evidenziato, è rappresentato dalla scelta metodologica di gestire la proposta formativa prevalentemente e prioritariamente in modalità "isorisorse". Questa approccio, che rappresenta il vero valore aggiunto dell'attività istituzionale dell'attuale Comitato Unico di Garanzia dell'ASST Ovest Milanese, ha consentito negli anni del suo mandato di implementare e consolidare una fitta rete di rapporti e collaborazioni con i professionisti dell'Azienda che si sono resi disponibili a mettere sul campo il proprio tempo e le proprie competenze professionali a supporto del Comitato e a testimonianza della condivisione degli obiettivi di benessere e parità sottesi all'attività del CUG.

**Consigliere di Fiducia:** nel corso della riunione plenaria tenutasi in data 24.11.2025 il Consigliere di Fiducia (nominato con deliberazione DG n. 5317 /2024) ha illustrato un report analitico in forma rigorosamente anonima, relativo alle istanze ricevute e trattate a partire dal suo insediamento. L'analisi ha evidenziato un numero di segnalazioni estremamente limitato. Apparentemente l'esiguità delle segnalazioni al Consigliere di Fiducia dovrebbe ritenersi un dato positivo ed espressione di assenza di conflittualità, discriminazioni e disagio lavorativo nella



realtà organizzativa dell'ASST Ovest Milanese. Tuttavia, anche alla luce del risultato dell'indagine sul clima aziendale e delle considerazioni già esposte nel paragrafo precedente, si ritiene più probabile e realistico supporre che l'esiguità dei dati rappresentati siano l' espressione di una scarsa conoscenza della figura del Consigliere di Fiducia e della sua funzione da parte del corpo dipendente dell'ASST oltre ad una diffusa resistenza culturale nell'attivare canali formali di ascolto per timore di compromettere la propria posizione lavorativa. Nella plenaria di novembre il CUG, in accordo con il Consigliere di Fiducia, ha deliberato quindi di implementare le azioni di sensibilizzazione che rendano tale figura un concreto punto di riferimento, imparziale e accessibile a tutti i dipendenti dell'Azienda (ad esempio: inserimento nel corso FAD dei neoassunti di un modulo dedicato alla funzione del Consigliere di Fiducia; la partecipazione ai corsi dello stesso Consigliere per presentare la sua funzione).

**Piano Triennale di Azioni Positive 2025/2027****AGGIORNAMENTO 2026**

MACRO-AREA	INIZIATIVA	OBIETTIVI	SERVIZI COINVOLTI	TEMPI DI REALIZZAZIONE	COSTI	REFERENTE CUG
FORMAZIONE	Nel corso FAD destinato ai neoassunti aggiornamento del modulo informativo sul CUG (funzioni, obiettivi, riferimenti). Rinnovo della <u>proposta</u> di estensione del corso anche ai lavoratori che rientrano dopo lunghi periodi di assenza (maternità, congedi parentali, malattie prolungate). (6 mesi minimi di assenza)	Diffondere le informazioni sul Comitato a tutti i lavoratori e favorire il reinserimento dei lavoratori dopo lunghe assenze	Ufficio Formazione	Modulo CUG inserito nel corso FAD destinato ai neoassunti (dal 2022)  Rinnovo della proposta di estensione del corso ai lavoratori che rientrano in azienda dopo lunghe assenze (Anno 2025)  Monitoraggio ed eventuale aggiornamento modulo (2025-2027)	Nessuno	Claudia Grassi Laura Segaloni
PARI OPPORTUNITÀ BENESSERE ORGANIZZATIVO e FORMAZIONE	<u>Proposta</u> di inserimento modulo informativo sul Consigliere di Fiducia nel corso FAD dei neoassunti	Dare massima diffusione e informazione alla funzione del Consigliere di Fiducia attraverso il quale il CUG persegue il difficile obiettivo indicato dalla DM 2/2019: <i>“vigilare e garantire l'assenza di qualunque forma di violenza, anche morale o psicologica, e di ogni altra forma di discriminazione in Azienda”</i>	Ufficio Formazione	Anno 2026/2027	Nessuno	Da definire

PARI OPPORTUNITÀ E MEDICINA DI GENERE	Come seguito dell'azione "Pillole di farmacologia di genere" si valuterà l'inserimento di specifici <i>alert</i> nel Foglio Unico di Terapia (FUT)	Diffondere i temi della farmaco-epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza con particolare attenzione al genere	Servizio Farmaceutico	Anno 2027	Nessuno	Paola Faggioli Sergio Finazzi
CONCILIAZIONE VITA LAVORO PARI OPPORTUNITÀ	Aggiornamento del <i>Vademecum maternità</i>	Rendere più agevole la comprensione del complesso quadro normativo in materia di maternità e di congedi parentali	Risorse Umane SPP Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Claudia Grassi Sonia Petazzi Simona Locarno
PARI OPPORTUNITÀ E MEDICINA DI GENERE	Convegno sulla medicina di genere (legge n. 3/18)	Offrire ai lavoratori la formazione sul tema della medicina di genere	Ufficio Formazione	Convegno inserito ogni anno nella proposta formativa CUG Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Paola Faggioli Laura Segaloni
BENESSERE ORGANIZZATIVO	La comunicazione efficace e l'arte di ascoltare	Fornire ai dipendenti alcuni strumenti per rendere più efficace la comunicazione; sensibilizzare all'ascolto dell'altro e suggerire comportamenti che possono aiutare a gestire situazioni "pericolose", con particolare riferimento al fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Servizio di Psicologia clinica Team aziendale dei mediatori (mediazione trasformativa)	Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Simona Locarno Laura Segaloni Claudia Grassi
CONCILIAZIONE VITA LAVORO	Monitoraggio ed eventuale	Rendere più agevole la comprensione del quadro normativo e delle tutelle	Risorse Umane SPP	Monitoraggio ed aggiornamenti	Nessuno	Sonia Servino Gianluca Casula

<b>PARI OPPORTUNITÀ</b>	aggiornamento del <i>Vademecum disabilità</i>	previste dal legislatore e dai CCNL in materia di disabilità	Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027		
<b>BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	Somministrazione de questionario d'indagine sul clima organizzativo	Ottenere dati e feedback utili per guidare decisioni strategiche, migliorare la gestione delle risorse umane e promuovere un ambiente di lavoro sano e produttivo	Direzione Strategica Risorse Umane SIA SPP	Anno 2025	Nessuno	Da definire
<b>PARI OPPORTUNITÀ E VIOLENZA DI GENERE</b>	Evento formativo/informativo sul tema delle discriminazioni e violenza di genere	Affrontare il tema della violenza di genere (psicologico, sanitario, giuridico e contrattuale) quando la donna che subisce violenza è una dipendente.	Servizio di Psicologia clinica Gestione Risorse Umane SPP Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027	€ 500,00	Laura Ghiringhelli Simona Locarno Claudia Grassi Oriana Giudici Alessandra Barone
<b>CONCILIAZIONE VITA LAVORO</b> <b>PARI OPPORTUNITÀ</b>	Riconoscere del fabbisogno aziendale di posti negli asili nido, per la stipula di eventuali convenzioni	Sostenere i lavoratori e le lavoratrici nella gestione dei figli piccoli	Direzione Strategica Gestione Risorse Umane	Anno 2026	Da valutare	Sara Mutti Gianluca Casula
<b>BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	Corso sull'autopalpazione del seno e sul PDTA della Breast Unit	Il corso di autopalpazione mira a fornire alle donne gli strumenti necessari per monitorare la salute del loro seno in modo consapevole e responsabile, contribuendo alla prevenzione e alla diagnosi precoce del tumore della mammella	Ufficio Formazione DAPSS Dipartimento della Donna e Materno Infantile	Anno 2026	Nessuno	Simona Locarno Claudia Grassi Laura Segaloni
<b>BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	Valutazione della fattibilità (ricognizione/ricerca di spazi adeguati) di un	Il programma di Riabilitazione del Pavimento Pelvico è rivolto alla popolazione lavorativa	Ufficio Formazione DAPSS	Anno 2027	Nessuno	Simona Locarno Claudia Grassi Laura Segaloni



	corso sull'allenamento del pavimento pelvico	femminile ed è orientato alla gestione dell'incontinenza urinaria e, in generale, al miglioramento della qualità di vita, della sfera sociale, sessuale e psicologica della donna. L'obiettivo è la riduzione del rischio di incontinenza urinaria nella donna lavoratrice, in particolare per le figure professionali più esposte a causa dei ritmi di lavoro e della tipologia delle attività (es. movimentazione dei pazienti, ridotta possibilità di pause, ecc.)	Dipartimento della Donna e Materno Infantile			
--	--	---	--	--	--	--



## 2.4 Rischi corruttivi e Trasparenza

L'ordinamento italiano ha strutturato il sistema di prevenzione della corruzione attraverso la Legge n. 190/2012, delineando una strategia organica articolata su due livelli complementari: quello nazionale e quello decentrato.

A livello centrale, la strategia è definita dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), il PNA funge da atto di indirizzo vincolante, fornendo alle singole amministrazioni i criteri metodologici per la gestione dei rischi.

A livello decentrato, tale strategia trova attuazione nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale è confluito, come specifica sottosezione, il precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT). In questo ambito, l'Amministrazione definisce il proprio grado di esposizione al rischio e programma gli interventi organizzativi necessari alla sua mitigazione.

Il processo di pianificazione ha beneficiato di un'importante evoluzione verso la semplificazione e l'integrazione documentale:

- **Integrazione Trasparenza-Anticorruzione:** Ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016, la programmazione relativa alla trasparenza e all'integrità è stata unificata alle misure anticorruzione.
- **Assorbimento nel PIAO:** Con l'entrata in vigore del D.L. n. 80/2021 e del successivo D.P.R. n. 81/2022, l'intera strategia è divenuta parte integrante del PIAO, garantendo una visione d'insieme tra obiettivi di performance, organizzazione e legalità.

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in coerenza con gli obiettivi strategici delineati dall'Organo di Indirizzo. La redazione del documento si è avvalsa:

- delle “Linee Guida 2025 sul Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO)” di cui al decreto ministeriale 30 ottobre 2025;
- delle Linee guida e dei PNA emanati da ANAC;
- delle disposizioni normative primarie e secondarie a tutela dell'Amministrazione;
- degli specifici indirizzi in materia sanitaria formulati da Regione Lombardia.

Al riguardo si segnala la recente approvazione del PNA 2025, come da comunicato dell'Autorità del 12 novembre 2025. All'interno del documento, esaminato nella versione in consultazione, vengono fornite ulteriori indicazioni per le amministrazioni/enti per la predisposizione della



Sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”, nella logica dell’integrazione e coordinamento con le altre sottosezioni, fermo restando l’autonomia della singola amministrazione nel redigere la Sottosezione adeguandola alla propria organizzazione e attività.

La strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza si configura, nel nuovo assetto del PIAO, come una leva fondamentale per la creazione di Valore Pubblico (VP). Quest’ultimo è inteso come l’incremento del benessere economico, sociale e ambientale a favore degli utenti, degli stakeholder e dell’intera comunità di riferimento dell’ASST Ovest Milanese.

Il fulcro della pianificazione risiede nella mappatura dei processi aziendali, strumento essenziale per identificare i settori maggiormente esposti a rischi corruttivi. In questo contesto, il concetto di “corruzione” è inteso nella sua accezione più ampia (c.d. “maladministration”), riferendosi a qualsiasi condotta che pregiudichi i principi di legalità, buon andamento ed efficacia dell’azione amministrativa.

L’azione di contrasto ai fenomeni di “maladministration” non ha una valenza meramente sanzionatoria o di controllo, ma contribuisce attivamente alla generazione di Valore Pubblico. Attraverso il perseguitamento dei principi di imparzialità e trasparenza, l’Amministrazione:

- ✓ Riduce le inefficienze e gli sprechi di risorse;
- ✓ Orienta correttamente l’azione amministrativa verso i bisogni reali della cittadinanza;
- ✓ Incrementa la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.

Parallelamente alla sua funzione generativa, la prevenzione della corruzione agisce come uno scudo volto a proteggere il Valore Pubblico dall’erosione causata da potenziali pratiche illecite. In questa prospettiva, gli obiettivi di prevenzione e trasparenza definiti nel presente Piano sono declinati in misure concrete volte a presidiare i target di performance. In tal modo, si garantisce che i risultati prefissati siano raggiunti non solo in termini quantitativi, ma anche nel rispetto rigoroso della legalità e dell’etica pubblica.

L’accezione della trasparenza come strumento di creazione e protezione del VP determina una necessaria e profonda integrazione tra le diverse sezioni del PIAO. Tale approccio richiede:

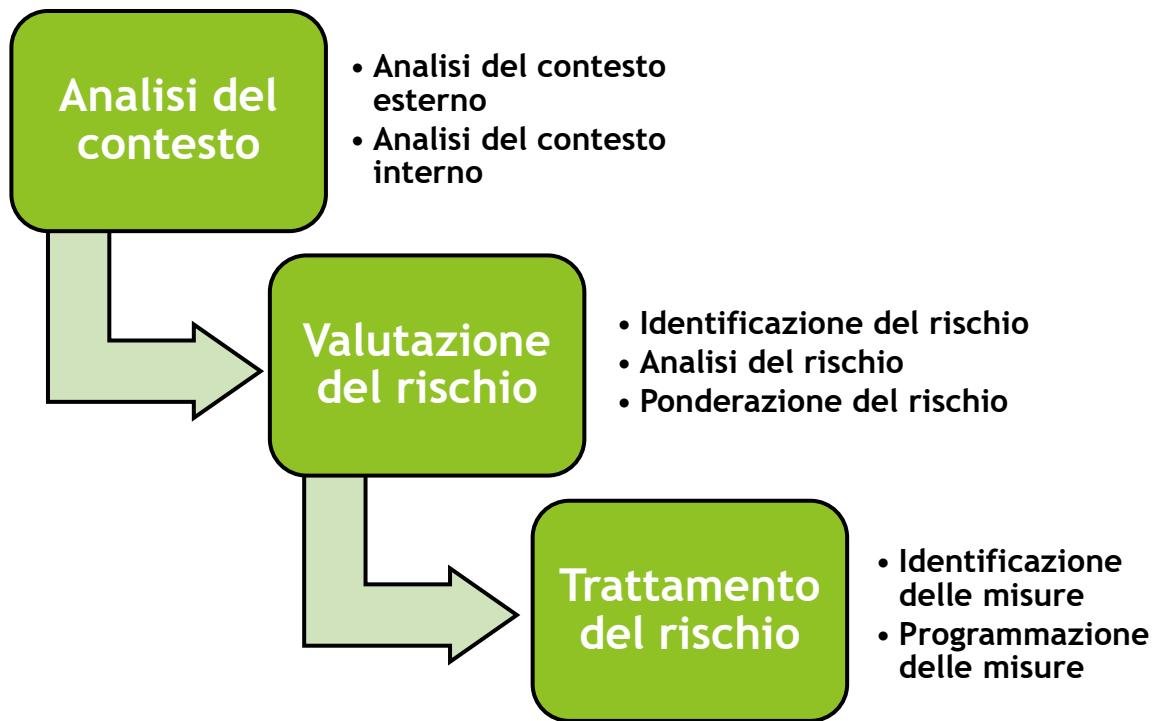
- ✓ Una stretta collaborazione tra il Responsabile della Prevenzione (RPCT), i responsabili della Performance e i vertici strategici;
- ✓ Una visione unitaria in cui le misure di prevenzione diventano abilitatori per il miglioramento dei servizi e per la semplificazione dei processi aziendali.

In definitiva, la presente sottosezione non rappresenta un adempimento isolato, ma il presidio trasversale che assicura la sostenibilità e l'integrità del valore generato dall'Azienda nel lungo periodo.

#### **2.4.1 Processo di gestione del rischio**

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Nello specifico si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica articolandosi nelle fasi di analisi del contesto, valutazione del rischio e trattamento del rischio, ciascuna delle quali si declina a sua volta in relative sottofasi.



#### **2.4.2 Analisi del contesto**

L'analisi del contesto esterno ed interno costituisce il presupposto dell'intero processo di pianificazione mirando ad evidenziare tutti gli elementi utili e significativi per corrispondere alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

In questa fase, l'amministrazione 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).

#### **2.4.3 Valutazione di impatto del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno rappresenta una fase determinante del processo di gestione del rischio, finalizzata a evidenziare come le caratteristiche strutturali, economiche e sociali dell'ambiente di riferimento possano influenzare l'attività dell'Azienda. Comprendere le dinamiche del territorio e le pressioni a cui la struttura è sottoposta permette di calibrare con precisione la strategia di prevenzione, proteggendo gli obiettivi di benessere collettivo già declinati nella Sottosezione 2.1 "Valore Pubblico" del presente Piano.

Come dettagliatamente descritto nella Sottosezione 1 "Scheda Anagrafica", l'ASST Ovest Milanese opera nel cuore della Città Metropolitana di Milano, articolandosi nei quattro Distretti di Abbiatense, Castanese, Legnanese e Magentino. Questo bacino territoriale riveste un ruolo di primaria importanza nel panorama nazionale:

- **Polo Strategico:** L'area si configura come un nodo industriale ed imprenditoriale d'eccellenza, favorito da connessioni infrastrutturali e aeroportuali di rilievo internazionale.
- **Eccellenza Sanitaria:** Il Servizio Sanitario Regionale lombardo esercita una forte capacità attrattiva verso pazienti extra-regionali, generando un volume imponente di prestazioni cliniche.
- **Impatto Finanziario:** La gestione della sanità assorbe una quota rilevante delle risorse regionali. Questa ingente disponibilità finanziaria, unita alla complessità della filiera (appalti di lavori, servizi e forniture), rende il settore particolarmente esposto agli interessi di operatori economici e gruppi d'impresa.

La vivacità economica del contesto milanese e dell'hinterland, se da un lato costituisce una risorsa, dall'altro può rappresentare un'opportunità per l'infiltrazione di attività illecite.

Il presente Piano si colloca in una fase storica complessa, caratterizzata dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). L'ASST è chiamata a gestire flussi finanziari di eccezionale entità, spesso operando in regimi di deroga alla legislazione ordinaria per rispondere alle esigenze di celerità imposte dall'Unione Europea.

Tale scenario richiede un bilanciamento rigoroso tra:

- ✓ **Efficienza operativa:** Garantire il rispetto delle tempistiche di realizzazione dei progetti.



- ✓ Presidio di Legalità: Evitare che la semplificazione procedurale diventi un varco per fenomeni corruttivi.

Per far fronte a tali rischi, l'Azienda ha integrato i propri sistemi di controllo attraverso l'operatività di gruppi di lavoro dedicati e una specifica mappatura nel Registro dei Rischi allegato al presente documento. Questa attività di monitoraggio specialistica è finalizzata a proteggere l'integrità delle risorse, assicurando che i finanziamenti si traducano effettivamente in benefici per la comunità, in coerenza con la strategia di Valore Pubblico dell'Ente.

#### **2.4.4 La valutazione di impatto del contesto interno**

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'Azienda, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione, al fine di individuare quegli elementi utili ad esaminare come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi e finanziari. Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

Come già evidenziato in precedenza, nel corso dell'anno 2024 l'ASST Ovest Milanese ha aggiornato il Piano Organizzativo Aziendale Strategico, come da deliberazione n. 416 del 02/08/2024, recepita da regione Lombardia con DGR n. XII/3284 del 31/10/2024 di cui l'Azienda ha preso atto con provvedimento n. 589 del 14/11/2024.

Inoltre, è ancora in itinere il percorso di attuazione della riforma sanitaria, ai sensi della normativa nazionale e regionale, finalizzato alla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali, nonché alla realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità.

#### **➤ Soggetti aziendali coinvolti**

Si rinvia Sottosezione del PIAO 3.1) "Organizzazione e Capitale Umano" che illustra nel dettaglio la struttura organizzativa aziendale e le risorse umane riferite alle diverse unità organizzative dell'Amministrazione, mentre nel presente capitolo si forniscono indicazioni circa i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASST Ovest Milanese, quali:

- ✓ Il Direttore Generale;
- ✓ Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;



- ✓ I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- ✓ Dirigente Responsabile delle funzioni di Internal Audit;
- ✓ Il Comitato di coordinamento dei controlli interni;
- ✓ Commissione Controlli PNRR;
- ✓ Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- ✓ Il Collegio Sindacale;
- ✓ L'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- ✓ Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio;
- ✓ Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

#### ➤ **Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale designa il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT) e adotta il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, su proposta del RPCT.

#### ➤ **Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla L. 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa.

In particolare, l'articolo 1, comma 7, prescrive che venga individuato dall'organo di indirizzo di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio. La competenza di tale figura è stata poi rafforzata dal D. Lgs. n. 97/2016 che ha attribuito alla stessa anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

L'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 832 del 23/12/2025, ha disposto il conferimento dell'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2026/2028 al Direttore della SC Affari Generali e Legali.

Spetta al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza provvede alla sua diffusione e alla verifica dell'efficace attuazione dello stesso. Al fine di realizzare una fattiva azione sinergica di prevenzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione potrà avvalersi della collaborazione di Referenti, che saranno individuati da ciascun Dirigente responsabile delle aree



a rischio, con il compito di fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione informazioni e collaborazione nel monitoraggio dell'attuazione del Piano.

Spetta inoltre, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre ogni dovuta modifica ed aggiornamento della sezione del Piano, sia quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, sia quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha anche un ruolo propulsivo sulla formazione del personale in ordine alla diffusione della conoscenza della L. 190/2012 e degli strumenti individuati dalla vigente normativa ai fini di prevenzione della corruzione.

➤ **I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**

I Dirigenti referenti del RPCT sono individuati nei responsabili di tutte le articolazioni aziendali afferenti alle aree considerate a più alto rischio corruttivo, ai sensi della Legge n. 190/2012 e delle indicazioni fornite da ANAC;

I già menzionati Dirigenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di anticorruzione;
- assicurano l'osservanza del codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure disciplinari dirette a sanzionare i comportamenti dei propri collaboratori resi in violazione del codice di comportamento;
- segnalano i casi di conflitti di interesse riscontrati nell'ambito della propria struttura nei rapporti con i soggetti esterni fornitori/prestatori di servizi nei confronti dell'Azienda;
- osservano le misure di prevenzione della corruzione riportate nella sezione anticorruzione del PIAO, garantendo l'attuazione e il monitoraggio delle stesse;
- assicurano la trasmissione tempestiva delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale;
- concorrono con il RPCT ad individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione di materia di anticorruzione e trasparenza e ne garantiscono la partecipazione alle iniziative formative.



### ➤ **Dirigente Responsabile delle funzioni di Internal Audit**

La funzione di Internal Audit è deputata, nell'ambito della valutazione e dello sviluppo del sistema di controllo interno, a svolgere un'attività indipendente e obiettiva di supporto a tutte le funzioni aziendali e ai responsabili di processo nella individuazione, quantificazione e gestione del rischio, con particolare riferimento ai rischi operativi, amministrativo-contabili, di frode e di compliance.

Detta funzione si caratterizza per essere uno strumento di controllo di terzo livello caratterizzato da autonomia ed indipendenza rispetto a tutti i processi dell'Azienda, volto a valutare la completezza, la funzionalità e l'adeguatezza dei sistemi interni all'organizzazione, promuovendo, laddove necessario, interventi correttivi rispetto alle eventuali irregolarità rilevate.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Ovest Milanese attribuisce la funzione di Internal Audit alla competenza della SC Controllo di Gestione.

Come tale, l'attività si inserisce altresì, nel contesto delle misure di prevenzione della corruzione. Le due funzioni vengono infatti programmate e definite in modo coordinato, onde evitare eventuali sovrapposizioni nel monitoraggio dei processi, a scapito della funzionalità amministrativa.

La funzione opera con il metodo della pianificazione, proprio delle attività di auditing e deve prevedere l'identificazione dei processi che sono oggetto dell'attività di audit, individuando quelli maggiormente esposti al rischio, definito come la possibilità che si verifichi un evento che può influire sul raggiungimento degli obiettivi o in base agli ambiti che la Direzione Strategica, sulla base delle proprie valutazioni, ritenga di sottoporre ad Audit.

Inoltre, la funzione opera nel rispetto ed in attuazione degli indirizzi definiti dall'Organismo regionale per le attività di controllo (ORAC), istituito con L.R. 13/2018 che, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera a), è competente a definire gli indirizzi e le linee guida dei Sistemi di Controllo Interno e delle funzioni di audit della Giunta Regionale e degli Enti del Sistema Regionale.

In attuazione del Piano di Audit 2025, adottato con deliberazione n. 48 del 31/01/2025, nel corso dell'anno 2025 sono stati svolti diversi audit e follow up in relazione a processi che si inseriscono nelle aree di rischio corruttivo. Tra queste si menzionano la gestione delle procedure di acquisto dei beni di consumo, la rendicontazione in ReGiS dei finanziamenti PNRR, e la gestione delle liste di attesa.

Entro il 31 gennaio 2026 l'Azienda provvederà ad adottare il Piano di Audit 2026 nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente.



Il personale afferente alla funzione di Internal Audit ha altresì avuto modo di partecipare a diverse iniziative formative aziendali e regionali aventi oggetto le attività di audit interno e il sistema dei controlli interni. Tra queste si segnala la conclusione dei lavori di gruppo interaziendale a cura di Regione Lombardia relativamente ai Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC) con particolare riferimento alla gestione delle procedure amministrativo-contabili legate all'acquisto dei dispositivi medici. Nell'ambito del gruppo di lavoro in esame si è proceduto all'identificazione delle attività suscettibili a rischi di non conformità, alla quale è seguita la valutazione degli stessi secondo il metodo di analisi degli indicatori di probabilità ed impatto per concludersi con la definizione delle misure di controllo.

#### ➤ **Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni**

In attuazione delle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, di cui alla DGR n. XI/6278 del 11/04/2022, che prevedevano per gli enti interessati, tra cui le ASST, l'opportunità di costituire un Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni, al fine di favorire, in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità, una sinergia e armonizzazione delle funzioni di controllo, l'ASST Ovest Milanese ha provveduto all'istituzione dello stesso con deliberazione n. 191 del 26/04/2023, successivamente modificata con deliberazione n. 244 del 22/05/2023.

Come previsto nel POAS aziendale, il Comitato afferisce alla Direzione Generale ed è composto dalle seguenti figure:

- ✓ Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Controllo di Gestione o suo delegato;
- ✓ Responsabile Internal Auditing o suo delegato;
- ✓ Direttore del Dipartimento Amministrativo o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Legnano/Cuggiono o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Magenta/Abbiategrasso o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Qualità e Risk Management o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Affari Generali e Legali o suo delegato;
- ✓ un Direttore di Distretto - individuato dal Direttore SocioSanitario - o suo delegato.

Sempre in conformità alle linee guida e al POAS aziendale, viene attribuito al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza il ruolo di Presidente del Comitato.

A seguito della costituzione del Comitato, con deliberazione n. 399 del 02/08/2023 è stato approvato il Regolamento sul funzionamento dello stesso, nel quale vengono definite le finalità, le modalità di svolgimento, gli strumenti e le procedure legate alle attività di controllo interno.

## ➤ Commissione Controlli PNRR

L'attuazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) impone alle Amministrazioni l'adozione di misure di salvaguardia rigorose, volte a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione, frode, conflitti di interesse e il rischio di duplicazione dei finanziamenti.

La strategia di controllo dell'ASST Ovest Milanese si inserisce in un complesso sistema di monitoraggio nazionale e regionale, articolato attraverso i seguenti strumenti:

- ✓ Sistema ReGiS: Portale unico del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF-RGS) per la gestione, la rendicontazione e il monitoraggio dei traguardi (milestone) e degli obiettivi (target) del programma Next Generation EU;
- ✓ Si.Ge.Co. (Sistema di Gestione e Controllo): Modello adottato dal Ministero della Salute che definisce i flussi procedurali, le misure di prevenzione delle irregolarità e gli obblighi di pubblicità per le Missioni salute del PNRR;
- ✓ Circolare RGS n. 30/2022: Linee guida metodologiche che disciplinano le attività di controllo e rendicontazione, individuando i presidi di responsabilità in capo ai soggetti attuatori;
- ✓ Indirizzi Regionali: Decreti n. 7796/2023, 10213/2023 e 2312/2025 di Regione Lombardia.

Per garantire un presidio costante e indipendente, l'Azienda ha istituito la "Commissione Controlli PNRR", il cui coordinamento è affidato al Direttore della SC Controllo di Gestione.

Al fine di assicurare la necessaria imparzialità, i membri della Commissione sono individuati tra figure professionali non coinvolte direttamente nella gestione operativa dei progetti. La composizione attuale prevede la partecipazione dei Responsabili delle seguenti Strutture Complesse:

- SC Controllo di Gestione;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Affari Generali e Legali.

Al fine di preservare una posizione di indipendenza e di imparzialità nell'ambito dei controlli interni, i componenti della Commissione non sono direttamente coinvolti in nessun progetto PNRR.

Nel corso dell'anno 2025 la Commissione ha avuto modo di coordinare le attività di verifica sugli interventi PNRR attraverso riunioni periodiche con la Direzione Strategica e con i soggetti coinvolti.



Ad essa si aggiungono i controlli amministrativo contabili dei singoli progetti effettuati con particolare riferimento ai seguenti interventi:

- ✓ 1.1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione);
- ✓ 1.1.2 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature);
- ✓ 1.2.2 Centrali Operative Territoriali – Legnano, Magenta, Cuggiono, Parabiago;
- ✓ 1.1 Case di Comunità e presa in carico della persona – Magenta, Vittuone, Gaggiano, Busto Garolfo, Castano Primo.

L'efficacia dei controlli è documentata mediante apposite checklist di verifica, registrate cronologicamente e depositate agli atti aziendali. Inoltre, in data 26 maggio 2025, è stato eseguito un audit specifico sulla conformità della rendicontazione nel sistema ReGiS, come previsto dal Piano di Audit 2025.

Per l'annualità 2026, l'attività di vigilanza proseguirà in stretta correlazione con gli stati di avanzamento (SAL) dei singoli interventi. La Commissione manterrà il focus sulla verifica della documentazione giustificativa e sul rispetto delle tempistiche di realizzazione, assicurando la tempestiva segnalazione di eventuali scostamenti o anomalie ai fini della corretta tutela delle risorse pubbliche.

#### ➤ **Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, considerata la rilevante importanza delle funzioni svolte, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

Svolge inoltre i propri compiti connessi all'attività anticorruzione con le verifiche e le attestazioni afferenti al settore della trasparenza, prima tra queste, l'attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, alla quale si rinvia nel paragrafo “Organismo Indipendente di Valutazione”.

L'anno 2024 ha visto la cessazione dell'incarico dei componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni a suo tempo nominati con deliberazione n. 335 del 30/07/2021.

L'ASST Ovest Milanese, in esito alla procedura ed in osservanza alle Linee Guida Regionali, con deliberazione n. 430 del 07/08/2024, ha quindi proceduto alla nomina dei nuovi compenti, il cui incarico, come da normativa vigente, avrà durata triennale a decorrere dal giorno 01/09/2024, con possibilità di rinnovo per una sola volta.

## ➤ Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è un organo dell'Azienda che espleta un'ulteriore attività di prevenzione dei fenomeni corruttivi, attraverso i controlli afferenti alle proprie competenze istituzionali.

Esso svolge funzioni di verifica dell'amministrazione aziendale sotto il profilo economico, amministrativo e contabile, vigilando sull'osservanza delle leggi.

Il mandato del Collegio Sindacale è scaduto nel mese di settembre 2025. L'Azienda è attualmente in attesa della designazione del componente di competenza del Ministero della Salute, mentre i membri designati dalla Regione Lombardia e dal MEF sono già stati individuati.

## ➤ L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari aziendale concorre alla prevenzione della corruzione mediante l'esercizio dell'azione disciplinare nei casi di violazione del Codice di Comportamento aziendale. Al riguardo si segnala che nell'anno 2025 l'ASST Ovest Milanese ha mantenuto la composizione della Commissione Disciplinare già approvata nella deliberazione n. 493 del 19/09/2024.

Nello specifico le figure di Presidente titolare e Presidente supplente sono rivestite rispettivamente dagli attuali Direttori della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e della SC Area Accoglienza.

Ad essi si aggiungono i seguenti componenti:

AREA	TITOLARE	SUPPLENTE
<b>Dirigenza Medica e Sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente</li> <li>- Dirigente Area Sanità</li> <li>- Dirigente Area Sanità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente supplente</li> <li>- Dirigente Area Sanità supplente</li> <li>- Dirigente Area Sanità supplente</li> </ul>
<b>Dirigenza P.T.A.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente</li> <li>- Dirigente P.T.A.</li> <li>- Dirigente P.T.A.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente supplente</li> <li>- Dirigente P.T.A. supplente</li> <li>- Dirigente P.T.A. supplente</li> </ul>
<b>Comparto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente</li> <li>- Dirigente P.T.A.</li> <li>- Dirigente DAPSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente supplente</li> <li>- Dirigente P.T.A. supplente</li> <li>- Dirigente DAPSS supplente</li> </ul>
<b>M.S.A. e altre professionalità sanitarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente</li> <li>- Dirigente Area Sanità</li> <li>- Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente supplente</li> <li>- Dirigente Area Sanità supplente</li> <li>- Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN supplente</li> </ul>



<b>Medici di ruolo unico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente</li> <li>- Dirigente Area Sanità</li> <li>- Medico in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente supplente</li> <li>- Dirigente Area Sanità supplente</li> <li>- Medico in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN supplente</li> </ul>
------------------------------	---	---

In sede di attivazione del singolo procedimento disciplinare, il Presidente dell'UPD, tenuto conto dell'Area a cui afferisce il personale/professionista nei confronti del quale è stato promosso il procedimento disciplinare, della natura del fatto contestato e dell'opportunità di individuare i componenti che per il loro ruolo possiedono maggiore competenza in materia, propone alla Direzione di volta in volta interessata i nominativi dei componenti della Commissione, che verranno formalizzati mediante specifico atto adottato dal Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Le Commissioni disciplinari così costituite si sono occupati dei procedimenti disciplinari che sono stati attivati dalla data di adozione del provvedimento della deliberazione n. 493 del 19/09/2024.

Nell'anno 2025 si segnalano n. 9 procedimenti disciplinari.

#### ➤ **Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Il Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio ha l'obbligo di segnalare le operazioni sospette ai sensi dell'art. 4 del Decreto Ministeriale 25 settembre 2015 del Ministero dell'Interno, inviando all'UIF (Unità Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia) una segnalazione, qualora venga a conoscenza, sospetti o abbia motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Le prescrizioni normative previste dal sistema antiriciclaggio e anticorruzione, indicano obiettivi e individuano modelli organizzativi che hanno lo scopo di prevenire e contrastare fenomeni di gravissima illegalità.

Tali modelli di prevenzione si basano sull'esigenza di affiancare al sistema di repressione un'attività di prevenzione. Entrambi fanno affidamento sull'integrità di quegli operatori disponibili a intercettare possibili condotte illecite, grazie ad efficaci presidi organizzativi, procedurali e di controllo.

L'Azienda ha individuato il Gestore per le segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo nella figura del RPCT.



L'Azienda ha altresì adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 247 del 23/07/2020 la procedura interna per la rilevazione di operazioni sospette e modalità di segnalazione alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia) per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

#### ➤ **Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda**

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento aziendale e nella sottosezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, nonché a prestare la loro collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge, a segnalare al RPCT eventuali situazioni di condotta illecita di cui siano venuti a conoscenza, anche attraverso l'istituto del Whistleblowing, ovvero a segnalare al proprio Responsabile gerarchico casi di conflitto di interessi.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda devono essere rispettate da tutti i soggetti che hanno un rapporto di lavoro con l'Ente, di qualsivoglia natura (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: dipendenti, specialisti ambulatoriali, incarichi libero professionali, borsisti, tirocinanti, ecc.) ai sensi di quanto disposto nel Codice di Comportamento aziendale. La violazione delle misure di prevenzione previste nel Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012 e s.m.i.).

#### **2.4.5 Processi e valutazione del rischio**

La mappatura dei processi costituisce l'elemento cardine dell'analisi del contesto interno, configurandosi come uno strumento analitico essenziale per delineare il perimetro operativo dell'Amministrazione. Attraverso questa attività, l'Ente non si limita a censire le proprie funzioni, ma ricostruisce l'intera catena del valore, individuando le singole unità componenti e le interconnessioni dinamiche tra i diversi settori organizzativi.

Nel presente Piano, la mappatura assume una duplice valenza. Da un lato, funge da supporto strumentale per l'identificazione, la valutazione e il trattamento dei rischi corruttivi, permettendo di isolare le fasi procedurali potenzialmente vulnerabili in ragione della loro natura intrinseca. Dall'altro, rappresenta una leva di ottimizzazione gestionale: l'analisi sistematica consente infatti di far emergere eventuali ridondanze, duplicazioni o inefficienze, ponendo le basi per un miglioramento della qualità dei servizi, della produttività e dell'allocazione delle risorse finanziarie.

In linea con il principio di "integrazione", tale attività non è intesa come un adempimento isolato, ma dialoga costantemente con gli altri sistemi di gestione aziendale, quali il controllo di gestione,



l'internal auditing, la gestione della qualità. Questa sinergia è indispensabile affinché la prevenzione del rischio diventi parte integrante della cultura organizzativa e non un mero onere burocratico.

La qualità della gestione del rischio dipende direttamente dall'accuratezza della mappatura. Per tale ragione, l'attività di analisi e aggiornamento dei processi viene condotta sotto il coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), con il coinvolgimento diretto dei Responsabili delle diverse Strutture. Tale approccio partecipativo garantisce che il Registro dei Rischi sia costantemente aggiornato e rifletta le reali dinamiche operative delle strutture complesse competenti.

L'ASST Ovest Milanese, in conformità con l'art. 1, comma 16 della Legge n. 190/2012 e con le indicazioni dei Piani Nazionali Anticorruzione (PNA), ha strutturato la propria mappatura distinguendo tra aree di rischio generali e aree specifiche, connesse alla peculiarità della missione sanitaria e territoriale.

#### Aree di rischio generali:

- ✓ Contratti pubblici;
- ✓ Acquisizione e gestione del personale;
- ✓ Incarichi e nomine;
- ✓ Affari legali e contenzioso;
- ✓ Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- ✓ Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

#### Aree di rischio specifiche (peculiari dell'ASST):

- ✓ Attività libero professionale;
- ✓ Liste di attesa;
- ✓ Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- ✓ Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- ✓ Gestione fondi PNRR e fondi strutturali.

Per ciascun processo mappato, l'Amministrazione ha proceduto all'identificazione dei possibili eventi rischiosi, definendo per ognuno il relativo grado di esposizione. Tale valutazione scaturisce



dal calcolo combinato tra la probabilità di accadimento e l'impatto generato. Per ogni rischio individuato sono state definite specifiche misure di prevenzione, indicando i responsabili dell'attuazione e le tempistiche per il monitoraggio periodico, assicurando così la massima tenuta del sistema di legalità e trasparenza.

IMPATTO	Alto	Medio	Basso
PROBABILITÀ			
Alta	alto	alto	medio
Media	alto	medio	medio
Bassa	medio	medio	basso

Il processo di valutazione del rischio adottato dall'ASST si pone un duplice obiettivo strategico: da un lato, approfondire la natura degli eventi rischiosi attraverso l'analisi dei fattori abilitanti la corruzione; dall'altro, stimare con rigore il livello di esposizione dei processi e delle singole attività. Gli esiti di tale analisi, classificati secondo i valori di rischio "basso", "medio" e "alto", confluiscano sistematicamente nel Registro dei Rischi aziendale.

Nel corso del 2025, l'Amministrazione ha avviato una revisione metodologica, partendo dalla rivalutazione dei rischi connessi ai processi relativi alle sperimentazioni cliniche. In linea con le indicazioni dell'Allegato 1 al PNA 2019, è stata utilizzata una matrice di valutazione basata su un approccio di tipo qualitativo.

IMPATTO	ALTO	5	5	10	15	20	25
	MEDIO ALTO	4	4	8	12	16	20
	MEDIO	3	3	6	9	12	15
	MEDIO BASSO	2	2	4	6	8	10
	BASSO	1	1	2	3	4	5
REGISTRO DEI RISCHI		1	2	3	4	5	
		BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO	
		PROBABILITA'					



MISURAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO			
VALORE		GIUDIZIO	DESCRIZIONE
1 - 2,5	Basso	Remoto	Rischio non rilevante
2,6 - 4,5	Medio basso	Contenuto	Rischio esiguo per il quale le azioni di mitigazione non sono una priorità
4,6 - 10,5	Medio	Significativo	Rischio meritevole di considerazione per il quale è opportuno attivare una risposta
10,6 - 16,5	Medio alto	Rilevante	Rischio elevato per il quale è necessario attivare un costante presidio e una efficiente risposta
16,6 - 25	Alto	Critico	Rischio massimo per il quale è indispensabile una risposta efficiente, tempestiva, costante e immediata

Per affinare la precisione della stima, si è passati da una scala a tre livelli a una scala ordinale a cinque valori (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto). Questa scelta tecnica permette di calibrare le misure preventive con maggiore aderenza all'effettiva esposizione al rischio. La misurazione si articola sull'analisi dei seguenti indicatori:

- Indicatori di Probabilità: Grado di discrezionalità, livello di interesse esterno, presenza di eventi sentinella, concentrazione del potere decisionale, trasparenza, controlli.
- Indicatori di Impatto: impatto organizzativo, economico, reputazionale e funzionale derivanti dal verificarsi dell'evento rischioso.

Tale metodologia è stata estesa anche all'area di rischio "controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni", con particolare riferimento a processi critici quali la gestione degli obiettivi di budget e dei centri di costo, il monitoraggio dei flussi informativi, il trattamento dei dati personali e l'esecuzione degli audit interni.

Un principio cardine di questa fase è la partecipazione attiva delle strutture organizzative. L'individuazione delle misure preventive non è intesa come un compito esclusivo del RPCT, ma come una responsabilità diffusa che investe ogni Dirigente. In quanto profondo conoscitore delle attività e delle dinamiche del proprio ufficio, il Dirigente è infatti il soggetto più idoneo a proporre soluzioni realmente incisive e applicabili.

Per tale ragione, il procedimento di revisione del Registro dei Rischi si è svolto attraverso un confronto costante con i responsabili e gli addetti ai processi, garantendo che le misure adottate siano non solo conformi alla norma, ma anche organizzativamente sostenibili ed efficaci nel contrastare le vulnerabilità specifiche individuate.

Nell'ottica del coordinamento e integrazione propria del PIAO, l'Autorità nel PNA 2025 promuove il ricorso a una mappatura unica e integrata dei processi. Tale implementazione risponde all'esigenza di semplificazione e consente di disporre di un unico strumento per analizzare l'attività complessiva dell'amministrazione.

Per l'anno 2026, l'Amministrazione prevede di dare continuità alla revisione del Registro dei Rischi avviata nel precedente esercizio. L'attività di aggiornamento e rivalutazione sarà estesa progressivamente ad altri processi aziendali non ancora interessati dalla nuova metodologia tenuto conto altresì delle indicazioni del PNA 2025 sulla mappatura unica e integrata. Questo processo di convergenza permetterà di superare la frammentazione dei flussi informativi, consolidando un Registro dei Rischi che sia, al tempo stesso, presidio di legalità e strumento di miglioramento gestionale.

#### **2.4.6 Misure di prevenzione**

Alla fase di valutazione segue quella del trattamento del rischio, finalizzata all'individuazione dei correttivi più idonei a prevenire i fenomeni corruttivi sulla base delle priorità emerse.

In particolare, una volta effettuata l'analisi del contesto e mappato i singoli processi con individuazione delle situazioni di rischio, è possibile procedere alla definizione delle misure preventive.

Ai fini di un'efficace integrazione e sinergia con la sezione relativa alla performance, nella programmazione delle misure di prevenzione della corruzione si è tenuto conto anche degli obiettivi di performance pianificati, in un'ottica di bilanciamento tra esigenze riconducibili all'imparzialità e al buon andamento dell'attività amministrativa.

Le misure individuate nella presente sezione vincolano tutti coloro che prestano servizio, a qualunque titolo, presso l'Amministrazione. Si ricorda che l'osservanza di tali disposizioni è strettamente correlata ai doveri d'ufficio: la violazione delle misure di prevenzione o dei doveri contenuti nel Codice di Comportamento costituisce, ai sensi della L. 190/2012, fonte di responsabilità disciplinare, oltre che eventuale responsabilità civile, amministrativa o penale.

Si riportano di seguito le principali misure di prevenzione generali, fermo restando quanto previsto nel Registro dei Rischi in allegato.

##### **➤ Doveri di comportamento**

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla L. 190/2012 (nuovo art. 54 del D. Lgs. 165/2001) un ruolo importante, costituendo



lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del D. Lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV».

Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell'Autorità.

A tal fine, il codice costituisce elemento complementare della pianificazione di anticorruzione e trasparenza di ogni amministrazione.

I codici sono approvati dall'organo di indirizzo politico-amministrativo su proposta del RPCT, cui è attribuito un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione, monitoraggio e aggiornamento del codice di comportamento, avvalendosi in tale ultimo caso dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari quale struttura di supporto.

L'ASST Ovest Milanese ha approvato il proprio codice di comportamento con delibera n. 10 del 29 gennaio 2016.

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASST Ovest Milanese definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Azienda sono tenuti ad osservare sulla base di quanto previsto dal DPR n. 62 del 16/04/2013.

Il Codice è pubblicato sul sito internet Aziendale nell'area “Amministrazione Trasparente”.

Nel momento della sottoscrizione del contratto di assunzione tutti i neoassunti si impegnano a prendere conoscenza dei seguenti documenti Aziendali: Regolamento presenze assenze, Codice di Comportamento e Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto del principio della riservatezza e integrità dei dati Aziendali.

La violazione delle regole del Codice dà luogo a responsabilità disciplinare. Al fine di monitorare l'utilizzo del potere disciplinare volto al contrasto dei fenomeni corruttivi in applicazione del Codice di Comportamento e del Piano anticorruzione, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari è tenuto a comunicare al RPCT l'avvio dell'azione disciplinare e la conclusione del procedimento, precisando le norme che si assumono violate e le sanzioni comminate.



Tutto il personale è tenuto a prestare la sua collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza in relazione alla comunicazione di dati e segnalazioni.

Con DPR n. 81/2023 è entrato in vigore il *Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore il 14 luglio 2023.*

Nello specifico sono state previste nuove disposizioni volte a regolare l'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media.

Il Decreto si è altresì focalizzato sul comportamento dei dirigenti che deve essere improntato ai principi di “integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza”.

In questo senso il dirigente ha la responsabilità diretta per la crescita professionale dei collaboratori, favorendo occasioni di formazione e opportunità di sviluppo di tutti i suoi collaboratori, e, più in generale, dovrà curare, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nelle proprie strutture, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, nonché di relazioni interne ed esterne basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia.

Si prevede poi espressamente che la misurazione della performance debba considerare sia il raggiungimento dei risultati che il comportamento organizzativo dei dipendenti.

All'interno del PNA 2025 l'Autorità individua tra gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza la “revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi)”.

Alla luce delle novità normative sopra citate è stata predisposta una bozza di aggiornamento al Codice di comportamento aziendale che per l'anno 2026 sarà condivisa alle figure competenti per la successiva adozione.

### ➤ Rotazione

La “rotazione del personale” è una misura di prevenzione della corruzione esplicitamente prevista dalla L. 190/2012 (art. 1, co. 4, lett. e), co. 5, lett. b), co. 10, lett. b).

Tenuto conto di alcune criticità operative che tale istituto presenta, l'ANAC nel PNA 2019, ribadisce quanto già disposto nei precedenti PNA e ha dedicato all'argomento un apposito approfondimento (AlL.2 PNA). L'orientamento dell'ANAC è stato quello di rimettere



l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni e degli altri enti tenuti all'applicazione della L. 190/2012 in modo che queste possano adattarla alla concreta situazione dell'organizzazione degli uffici, indicando ove non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico) di operare scelte organizzative o adottare altre misure di natura preventiva con effetti analoghi.

Tuttavia, in sanità, l'applicabilità del principio della rotazione non deve compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e sanitaria e soprattutto non deve comportare lo spreco delle professionalità acquisite in ambito lavorativo, valori che vanno dunque contemplati con le esigenze di rotazione.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici, ad esempio, richiedono competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno della ASST Ovest Milanese.

Qualora sussista una motivata ed oggettiva impossibilità ad attuare la rotazione, si adotteranno le misure utili ad attuare una separazione delle funzioni, così da garantire la plurisoggettività nel governo dei processi, con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di svolgere istruttorie ed accertamenti, adottare decisioni, attuare decisioni prese ed effettuare verifiche.

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nella programmazione anticorruzione o in sede di autonoma regolamentazione cui il Piano deve rinviare. L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) D. Lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

La citata disposizione stabilisce l'obbligo per l'amministrazione di disporre, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Per l'elenco dei reati si rinvia alla Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019; la Delibera ANAC n. 345 del 22 aprile fa invece riferimento all'individuazione dei soggetti tenuti all'adozione del provvedimento motivato di rotazione ovvero quello di permanenza del dipendente nell'Ufficio nel quale si sono verificati i fatti di rilevanza penale o disciplinare.



### ➤ Conflitto di interesse

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione. Esso è stato affrontato dalla L. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- ✓ astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- ✓ conflitto d'interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- ✓ ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- ✓ adozione dei codici di comportamento;
- ✓ divieto di pantoufage;
- ✓ autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- ✓ tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing).

In merito all'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, si evidenzia che con l'art.1, co. 41, della L. 190/2012 è stato introdotto, nella Legge sul procedimento amministrativo (L. 7 agosto 1990, n. 241), l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.



Ogni Dirigente ha l'onere di vigilare sull'applicazione della disciplina dell'astensione in caso di conflitto di interesse e ogni dipendente che svolge l'incarico di Responsabile del procedimento ha l'onere di segnalare i casi di conflitto di interesse al Dirigente responsabile (ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/90 e dell'art. 6 del DPR 62/13). Tale regola è contenuta nell'art. 6 del Codice di Comportamento dell'ASST Ovest Milanese e, in caso di violazione, dà luogo a responsabilità disciplinare.

Tra le azioni previste per la gestione del conflitto di interesse si evidenzia:

- ✓ mappatura di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);
- ✓ predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi e individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale;
- ✓ individuazione dei soggetti tenuti a ricevere e a valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
- ✓ attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia.

➤ **Conflitto di interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici**

Il settore degli appalti pubblici ha subito una profonda trasformazione normativa con l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023 (Nuovo Codice dei Contratti Pubblici). Tale riforma introduce un cambio di paradigma fondato su principi cardine quali il Principio del Risultato — inteso come criterio prioritario per l'esercizio della discrezionalità amministrativa — e il Principio della Fiducia, che valorizza l'autonomia e la responsabilità dei funzionari pubblici.

In coerenza con gli obiettivi del PNRR, la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dell'appalto assume un ruolo centrale come misura di prevenzione della corruzione, garantendo tracciabilità e trasparenza attraverso l'uso delle Piattaforme di Approvvigionamento Digitale (PAD) e del Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE).

In recepimento della Delibera ANAC n. 605/2023 l'Azienda ha provveduto all'aggiornamento del Registro dei Rischi per quanto riguarda l'area dei contratti pubblici, già a partire dall'anno 2024.

Nel PNA 2025, parte speciale, l'Autorità ha dedicato un apposito capitolo al settore dei contratti pubblici anche alla luce del Correttivo 2024 (D.Lgs. n. 209/2024). Particolare attenzione è stata rivolta a:

- all'importanza del corretto utilizzo delle piattaforme di approvvigionamento digitale (PAD) e del Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE);
- al conflitto di interessi;
- alla programmazione degli acquisti centralizzati, aggregati e delegati;
- agli appalti su delega di stazioni appaltanti non qualificate;
- alla fase esecutiva;
- alla disciplina dei Collegi Consultivi Tecnici (CCT);
- al sistema delle qualificazioni delle stazioni appaltanti.

Per quanto riguarda lo specifico rischio relativo alle situazioni di conflitto di interessi nei contratti pubblici, l'Autorità ha riservato una particolare attenzione, tenuto conto dei risvolti applicativi conseguenti all'entrata in vigore dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023, che ha sostituito le previsioni contenute nell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016, modificandole sostanzialmente. Nello specifico L'art. 16 del D.Lgs. 36/2023 al comma 1 stabilisce che *“si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.”*

La norma, pertanto, si riferisce al personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi, ai lavoratori subordinati e a tutti coloro che in base a un valido titolo giuridico sono in grado di impegnare l'ente nei confronti di terzi o hanno titolo per influenzare l'attività esterna.

Sulla base di tale ampia definizione, per l'ASST il conflitto di interessi riguarda tanto il personale che assume la qualifica di RUP e/o di DEC, quanto il/i propri collaboratori che, sulla base della specifica attività svolta e del ruolo ricoperto, possono influenzare la procedura di gara.

Il codice presenta una novità al comma 2 prevedendo che *in coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.*



Il comma 4 si focalizza poi sugli adempimenti in capo alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, i quali 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 vigilare sul rispetto degli obblighi di astensione e segnalazione.

A livello aziendale la nomina del RUP e del DEC e dei commissari di gara relativa alla singola procedura di gara è subordinata alla acquisizione della dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di conflitti di interessi.

Il RUP, il DEC e i commissari di gara che ritengono di non trovarsi in una situazione di conflitto di interesse in riferimento a una specifica procedura di gara o che in base alle circostanze da loro conosciute potrebbero far sorgere conflitto di interesse, lo devono dichiarare in apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

La dichiarazione deve essere rilasciata al responsabile del procedimento, essa ha come oggetto le situazioni potenzialmente idonee a porre in dubbio l'imparzialità e indipendenza. Il Responsabile Unico del Progetto rilascia la dichiarazione al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico (secondo POAS).

I controlli sulle dichiarazioni in virtù dell'art 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, sono fatti a campione, essi vengono fatti sempre quando insorgono sospetti sulla non veridicità delle dichiarazioni, sono fatti in contraddittorio con il dichiarante.

Nel caso il conflitto sia sorto successivamente, i soggetti devono darne comunicazione immediatamente al responsabile dell'ufficio e al RUP, nel caso il conflitto insorga in capo al RUP, egli lo deve dichiarare a chi lo ha nominato e al proprio superiore gerarchico.

Nel caso non vengano prodotte le dichiarazioni sopracitate, per i dipendenti pubblici si verifica la fattispecie di comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62.

Nel PNA 2025 l'Autorità conferma che in merito alle misure per individuare e gestire i conflitti di interesse nella committenza pubblica, restano utili, quando compatibili, le indicazioni contenute nel PNA 2022, parte speciale “Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici”, suggerendo l'adozione di ulteriori e più mirate misure organizzative tenuto conto della nuova previsione normativa.



In considerazione di ciò, nel corso dell'esercizio 2026, l'ASST Ovest Milanese procederà a una revisione delle misure relative al conflitto di interessi nel settore dei contratti pubblici. L'attività sarà volta a implementare misure organizzative ancora più mirate, recependo le ultime linee guida ANAC per garantire la massima tenuta del sistema di prevenzione durante l'intero ciclo degli appalti.

### ➤ **Patti di integrità**

I Patti di integrità sono degli accordi tra la Stazione appaltante e gli operatori economici. Essi sono disciplinati dall'art. 1, comma 17, della L. 190/2012, e hanno l'effetto di vincolare le parti contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

In attuazione di quanto sopra, i Servizi interessati utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse, inserendo negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia per il rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità.

Per lo schema di Patto di Integrità in materia di contratti pubblici, si rinvia alla DGR n. 3599 del 16/12/2024.

Azioni previste:

- ✓ Indicazione, a livello di promemoria, dell'obbligatorietà di sottoscrizione del patto già nelle fasi preliminari di procedura e non solo in fase di aggiudicazione/assegnazione di una fornitura/servizio, in modo da poter migliorare il monitoraggio della sottoscrizione di tale documento.
- ✓ Inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente.
- ✓ Segnalazione al RPCT di qualsiasi atto del candidato o dell'offerente che integri tentativi di influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti.
- ✓ Previsione, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti. In particolare:
  - a) esclusione dalla procedura di affidamento ed escussione dalla cauzione provvisoria;



b) applicazione di una penale sino al 5% del valore del contratto e/o revoca dell'aggiudicazione, o risoluzione di diritto del contratto eventualmente stipulato ed escusione della cauzione provvisoria o definitiva, in caso di violazione commessa e/o riscontrata nella fase successiva all'aggiudicazione e durante l'esecuzione del contratto.

### ➤ **Inconferibilità e incompatibilità**

La disciplina dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 165/2001.

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato.

Gli incarichi rilevanti ai fini dell'applicazione del regime delle incompatibilità e inconferibilità sono gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi amministrativi di vertice, di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati, i componenti di organo di indirizzo politico, come definiti all'art. 1 del D. Lgs. 39/2013.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del D. Lgs. 39/2013).

L'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni sul rispetto della disciplina con la Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili», cui si rinvia.

L'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

L'Azienda ha adeguato le proprie procedure previste per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi – senza esclusione alcuna – di inconferibilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D. Lgs. 39/2013.

La SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, in qualità di struttura che svolge istruttoria, acquisisce le dichiarazioni al fine del conferimento dell'incarico dirigenziale, provvedendo alla pubblicazione



contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del D. Lgs. 39/2013, nonché alla verifica a campione della veridicità delle dichiarazioni rese.

Annualmente la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane richiede ai dirigenti interessati l'aggiornamento delle dichiarazioni al fine di verificare l'eventuale verificarsi di una causa di incompatibilità.

All'interno del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, l'ANAC ha dedicato uno specifico approfondimento a questo istituto, con il duplice obiettivo di:

- orientare con maggiore precisione le amministrazioni nell'applicazione delle fattispecie ostantive;
- fornire ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza indicazioni operative stringenti in merito ai poteri di accertamento, verifica e contestazione.

In recepimento di queste novità, si prevede per l'esercizio 2026 un'attività di analisi sulle possibili revisioni interne. Tale fase sarà volta a recepire le nuove indicazioni metodologiche dell'Autorità sui poteri di verifica del RPCT e valutare eventuali implementazioni applicative nelle procedure aziendali di conferimento degli incarichi.

➤ **Pantouflag – svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

L'art. 1, co. 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "Incompatibilità successiva" (pantouflag o revolvingdoors), introducendo all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma sul divieto di pantouflag prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Al fine di garantire l'ottemperanza alla disciplina prevista dall'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. 165/01, è stata adottata come misura di attuazione l'inserimento nei contratti di incarico e di



assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Con deliberazione n. 493 del 25/09/2024 ANAC ha emanato delle linee guida con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al divieto di pantoufage non esaminati nei suoi precedenti atti. A tal riguardo, nell'ambito della revisione del registro dei rischi programmata per il 2026, si prevede di valutare l'opportunità di implementare delle eventuali ulteriori azioni da parte dell'Azienda.

➤ **L'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali**

L'Azienda si è dotata di un regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.123 del 19/04/2018, in materia incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, così come previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/01 che contiene inoltre la disciplina dell'apposita procedura per il conferimento/autorizzazione degli incarichi con indicazione dell'attività istruttoria da espletare e le competenze dei soggetti coinvolti. Nel rispetto della normativa, tale disciplina regolamentare tiene conto e garantisce al dipendente la possibilità di non perdere occasioni di arricchimento professionale, culturale e scientifico, utili a determinare una positiva ricaduta sull'attività istituzionale.

➤ **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito  
(Whistleblower)**

Con il decreto legislativo, 10 marzo del 2023, n. 24, l'Italia ha recepito la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

In questo senso il legislatore ha raccolto in unico testo normativo l'intera disciplina volta a regolare, da un lato, i canali di segnalazione di atti illeciti, e, dall'altro, le misure di protezione che devono essere garantite al segnalante (c.d. Whistleblower).

In termini generali con l'espressione "Whistleblower" si fa riferimento alla persona che segnala, divulgà, ovvero denuncia all'Autorità Giudiziaria violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

Come tale, l'istituto del Whistleblowing si annovera tra le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, costituendo uno strumento indispensabile volto a garantire l'applicazione dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento di cui all'articolo 97 della Costituzione.



Da questo punto di vista, assicurando una protezione, in termini di riservatezza e tutela da ritorsioni, ai soggetti che si espongono con segnalazioni, divulgazioni, denunce, si intende contribuire all'emersione e alla prevenzione di comportamenti e situazioni pregiudizievoli per le stesse amministrazioni o enti di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Il nuovo decreto, prevedendo all'articolo 23 il superamento della disciplina precedente, introduce diverse novità, tra cui:

- ✓ la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;
- ✓ l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- ✓ l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- ✓ la disciplina di tre canali di segnalazione e delle condizioni per accedervi: interno (negli enti con persona o ufficio dedicato oppure tramite un soggetto esterno con competenze specifiche), esterno (gestito da ANAC) nonché il canale della divulgazione pubblica;
- ✓ l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- ✓ la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- ✓ i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- ✓ la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- ✓ l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- ✓ la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e l'introduzione da parte dei soggetti privati di sanzioni nel sistema disciplinare adottato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Con delibera n. 311 del 12 luglio 2023 ANAC ha approvato le linee guida riguardanti le nuove misure in materia di whistleblowing, volte a fornire raccomandazioni sulle modalità di applicazione del decreto e indicazioni agli enti pubblici e privati sulla gestione dei canali di segnalazione e dei modelli organizzativi interni.



In attuazione della normativa sopra richiamata, e, tenuto conto delle linee guida ANAC, l'ASST Ovest Milanese ha aggiornato il proprio regolamento aziendale con deliberazione n. 683 del 21/12/2023.

Il nuovo regolamento, in aggiunta agli strumenti già in atto, ha previsto l'implementazione del canale di segnalazione interno mediante apposita piattaforma informatica volta a garantire con maggior efficacia la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Il canale criptato è liberamente accessibile nel sito istituzionale dell'Azienda.

Nel corso dell'anno 2025 si sono registrate n. 6 segnalazioni. Il RPCT ha provveduto a gestire le stesse nel rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente.

Il RPCT ha provveduto altresì fornire riscontro sull'applicazione del whistleblowing a Regione Lombardia nel rispetto della scadenza del 06/03/2025.

All'interno del PNA 2025 si prevede tra gli obiettivi strategici l'implementazione delle misure necessarie per assicurare l'invio e la gestione delle segnalazioni di attività illecite (whistleblowing).

Con delibera n. 478 del 26/11/2025 ANAC ha approvato delle nuove linee guida in materia di whistleblowing, dando indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni di segnalazione. L'obiettivo è garantire un'applicazione uniforme ed efficace della normativa sul whistleblowing e indirizzare ulteriormente i soggetti tenuti a dare attuazione alla stessa. Al riguardo si procederà ad una valutazione della conformità del regolamento aziendale e alla definizione di un eventuale aggiornamento volto a recepire le nuove indicazioni operative dell'Autorità.

#### ➤ Formazione

Ai sensi dell'art 1, comma 9, lett. b) della L. 190/2012, nella pianificazione anticorruzione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di esposizione a fenomeni corruttivi, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio.

In attuazione della strategia formativa definita nel Piano formativo aziendale, nel corso dell'annualità 2025 è stato erogato un percorso specialistico di aggiornamento in materia di anticorruzione e legalità, articolato in due sessioni formative svoltesi nelle date del 24 novembre e del 2 dicembre.

L'intervento formativo ha approfondito il complesso sistema delle responsabilità del pubblico dipendente e della Pubblica Amministrazione, con un'analisi multidisciplinare focalizzata sui seguenti profili:

- Responsabilità Civile: profili contrattuali ed extracontrattuali.



- Responsabilità Penale: i delitti contro la Pubblica Amministrazione alla luce delle recenti riforme (L. n. 114/2024 e D.L. 4 n. 92/2024).
- Responsabilità Amministrativo-Contabile: il danno erariale e il ruolo della Corte dei Conti.

Al fine di valorizzare le competenze professionali già presenti nell'Ente e favorire il trasferimento di conoscenze specifiche legate al contesto operativo interno, l'Amministrazione si è avvalsa di docenza affidata a risorse interne.

Il monitoraggio della qualità percepita, effettuato al termine del ciclo formativo, ha evidenziato un elevato grado di soddisfazione da parte dei partecipanti, confermando la validità della metodologia didattica e la pertinenza dei temi trattati.

All'interno del PNA 2025 viene promosso come obiettivo strategico l'incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico.

Al riguardo, in un'ottica di continuità e rafforzamento della cultura della legalità, la programmazione per l'annualità 2026 prevede l'erogazione di ulteriori sessioni formative, volte a garantire il necessario aggiornamento professionale a tutto il personale e a consolidare i presidi di prevenzione del rischio corruttivo.

#### ➤ **Rischi connessi all'attuazione del PNRR**

In considerazione delle criticità connesse alla gestione dei finanziamenti PNRR, l'Azienda ha recepito gli orientamenti espressi dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nell'ambito del PNA 2022 e del relativo aggiornamento 2023. L'obiettivo è stato quello di definire un assetto di controllo 'agile', capace di bilanciare la celerità degli interventi con l'esigenza di prevenire pratiche di cattiva amministrazione.

A tal fine, già dall'annualità 2024, è stata operata una puntuale analisi dei rischi che ha condotto all'inserimento di un'area dedicata nel Registro dei Rischi aziendale. In questa sede sono stati censiti i processi critici e definite le contromisure preventive, le quali operano in sinergia con le attività di audit affidate alla 'Commissione Controlli PNRR' e al gruppo di lavoro preposto ai controlli amministrativo contabili, come dettagliato nella sezione specifica del presente documento.

L'Autorità nel PNA 2025 fissa tra i possibili obiettivi strategici per le pubbliche amministrazioni il rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR.



Da questo punto di vista come già evidenziato in precedenza, nell'esercizio 2026 proseguiranno i controlli mirati alle singole progettualità finanziate con i fondi PNRR ad opera dell'apposita Commissione Controlli di cui alla deliberazione n. 36 del 21/02/2024.

#### **2.4.7 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

Il processo di gestione del rischio di corruzione non si esaurisce nella fase di pianificazione, ma richiede un'attività di monitoraggio e riesame periodico costante. Tale fase è essenziale per verificare l'effettiva adozione delle misure, valutarne l'adeguatezza rispetto all'evoluzione del contesto organizzativo e intervenire tempestivamente con i necessari correttivi.

L'ASST Ovest Milanese ha consolidato un modello di controllo strutturato su tre livelli di responsabilità, garantendo una vigilanza capillare e integrata:

- Monitoraggio di Primo Livello (Controllo Operativo): è affidato ai Dirigenti apicali delle singole strutture organizzative. Essi hanno la responsabilità primaria di assicurare, per i procedimenti di competenza, la piena attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza definiti nel Piano, segnalando prontamente al RPCT ogni eventuale criticità o scostamento rilevato.
- Monitoraggio di Secondo Livello (Coordinamento e Vigilanza): è esercitato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Questa attività è volta a verificare la funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio attraverso l'acquisizione di flussi documentali e informazioni periodiche dai vari uffici. Con cadenza semestrale, il RPCT procede alla verifica dello stato di avanzamento delle misure previste nel Registro dei Rischi. Tale attività si basa sulla rendicontazione fornita dai responsabili dei processi in relazione agli indicatori di monitoraggio prefissati. Nel corso del 2025, l'attività di monitoraggio ha coinvolto sistematicamente tutte le strutture competenti. Gli esiti non hanno evidenziato scostamenti sostanziali tra la pianificazione contenuta nella sezione Anticorruzione del PIAO e le misure effettivamente implementate, confermando la sostanziale tenuta del sistema di prevenzione aziendale.
- Monitoraggio di Terzo Livello (Assurance e Audit): Si realizza mediante l'esecuzione di audit mirati nelle aree a più alto rischio corruttivo. Tali interventi sono programmati annualmente e mirano a fornire una valutazione indipendente sull'efficacia del sistema di controllo interno. L'anno 2025 è stato caratterizzato da diversi interventi di Internal Audit e relativi follow-up. L'attenzione si è concentrata su aree strategiche e ad alto impatto, tra cui: acquisto di dispositivi medici, gestione delle liste di attesa; attuazione degli interventi finanziati dal PNRR. Per l'annualità 2026, l'Azienda, per il tramite del Responsabile



Internal Audit, procederà entro il 31 gennaio all'adozione del nuovo Piano di Audit. La definizione delle aree oggetto di controllo avverrà in conformità con le linee guida nazionali, il Piano di Audit di Regione Lombardia e le indicazioni fornite dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC).

#### **2.4.8 L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013**

Nell'attuale assetto normativo, la trasparenza amministrativa non rappresenta solo un obbligo di pubblicità, ma costituisce il pilastro fondamentale per prevenire la corruzione e la cattiva amministrazione. In linea con la L. 190/2012 e il D.Lgs. 33/2013, l'Azienda intende la trasparenza come "accessibilità totale" ai dati e ai documenti, finalizzata a tutelare i diritti dei cittadini e a favorire il controllo diffuso sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il sistema di trasparenza aziendale si conforma alle innovazioni introdotte dal D.Lgs. 97/2016, che ha rafforzato il valore della trasparenza come principio cardine dell'agire amministrativo. Tra gli elementi qualificanti recepiti nel presente Piano si annoverano:

- L'istituto dell'Accesso Civico Generalizzato (FOIA), che garantisce il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti detenuti dall'Amministrazione, pur nel rispetto dei limiti di legge.
- L'unificazione tra la programmazione dell'anticorruzione e quella della trasparenza all'interno del Piano Anticorruzione.
- Il recepimento delle indicazioni operative fornite da ANAC con le Delibere n. 1309 e n. 1310 del 2016, che guidano la definizione dei limiti all'accesso e le modalità di pubblicazione.

Come disposto dall'art. 10 del D.Lgs. 33/2013, la promozione della trasparenza è elevata a obiettivo strategico aziendale. Tale principio è declinato nel Piano della Performance attraverso l'assegnazione di obiettivi specifici a ciascun Responsabile di Unità Operativa. La corretta alimentazione dei flussi informativi è, pertanto, parte integrante della valutazione individuale e organizzativa.

L'Azienda garantisce l'aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" sul portale istituzionale [www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it), strutturata secondo le sotto-sezioni previste dal legislatore.

In conformità alla L. 190/2012 e alle linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), l'Azienda assicura che i dati pubblicati siano:



- In formato aperto e riutilizzabile: utilizzo di formati non proprietari per permettere il più ampio utilizzo anche a fini statistici.
- Integrità e Completezza: i documenti sono conformi agli originali, costantemente aggiornati e corredati dall'indicazione della fonte e della validità temporale.
- Tempestività: l'aggiornamento avviene in coincidenza con ogni variazione significativa. La struttura responsabile della pubblicazione provvede all'inserimento sul portale entro tre giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione.

Un aspetto cardine della pianificazione è l'individuazione delle "Fonti Responsabili": i soggetti e gli uffici tenuti alla pubblicazione dei dati. Ciascun responsabile di struttura garantisce la qualità e la completezza delle informazioni fornite, assicurando al contempo il rigoroso rispetto della normativa sulla privacy e tutela della riservatezza (GDPR) nel caso di dati personali.

Ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, i dati e i documenti rimangono pubblicati per un periodo di cinque anni (decorrenti dal 1º gennaio dell'anno successivo a quello di pubblicazione) o fino a quando producono i loro effetti. In linea con la riforma del 2016, al termine di tale periodo (o dei termini specifici previsti per determinate categorie di atti), gli obblighi di pubblicazione cessano e non è più prevista la conservazione in una sezione "archivio" del sito istituzionale.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il responsabile non risponde se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Nel corso dell'esercizio 2025, l'ASST Ovest Milanese ha portato a termine un radicale progetto di revisione e implementazione del nuovo portale internet aziendale. L'entrata in produzione del nuovo sito rappresenta un passo importante nel percorso di rinnovamento dell'immagine digitale dell'Azienda. In questo senso il progetto ha comportato una completa revisione e rinnovamento della piattaforma ispirandosi ai seguenti obiettivi:

- ✓ Nuova Grafica: un design moderno e professionale.
- ✓ Semplicità ed essenzialità: garantire agli utenti una navigazione più facile e gradevole da qualsiasi dispositivo.
- ✓ Immediatezza e maggiore accessibilità dei contenuti: trovare le informazioni che si cercano è ora più rapido e intuitivo.



Tale intervento non ha riguardato esclusivamente l'interfaccia comunicativa, ma ha rappresentato un'occasione strategica per un complessivo re-engineering della sezione "Amministrazione Trasparente".

Il processo di innovazione si è articolato su tre direttive fondamentali:

- Ottimizzazione delle Modalità di Pubblicazione: per ciascuna sotto-sezione, sono state ridefinite le procedure tecniche di caricamento e visualizzazione dei dati. L'obiettivo è stato quello di garantire una maggiore fruibilità per l'utente finale, assicurando al contempo la piena aderenza agli standard di "formato aperto" e alle linee guida AgID sulla navigabilità.
- Revisione dell'Assetto Organizzativo: parallelamente all'aggiornamento tecnologico, l'Azienda ha proceduto a una puntuale ricognizione delle strutture responsabili della produzione e trasmissione dei dati. Tale mappatura aggiornata permette di individuare con estrema precisione le competenze di ciascun ufficio, riducendo i tempi di latenza tra la produzione del documento e la sua pubblicazione online.
- Formazione del personale competente: consapevole che l'efficacia della trasparenza dipenda dalle competenze del personale, sono stati erogati specifici percorsi formativi e addestramenti operativi rivolti ai dipendenti addetti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. La formazione ha riguardato sia le nuove funzionalità tecniche del back-office del sito, sia il rispetto dei requisiti di qualità (integrità, tempestività e protezione dei dati personali) richiesti dal D.Lgs. 33/2013.

Grazie a questo investimento tecnologico e di risorse umane, l'ASST Ovest Milanese si presenta all'appuntamento con la programmazione 2026 con uno strumento digitale più moderno e funzionale, in grado di fungere da reale interfaccia tra l'azione amministrativa e il controllo sociale operato dagli stakeholder.

In ottemperanza alla Delibera ANAC n. 495 del 23 ottobre 2024, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha coordinato l'implementazione dei nuovi schemi di pubblicazione vincolanti. Tale attività è stata condotta attraverso un metodo di lavoro partecipativo che ha coinvolto direttamente gli uffici detentori dei dati ed i responsabili della loro pubblicazione per le sezioni oggetto di revisione.

L'adozione di questi schemi ha permesso di uniformare la rappresentazione dei dati agli standard nazionali, facilitare l'estrazione e il riutilizzo delle informazioni da parte degli utenti e ridurre i margini di errore nella compilazione delle tabelle di pubblicazione.

L'Amministrazione prosegue nell'attività di monitoraggio dell'evoluzione regolatoria. In particolare, si dà atto che nel corso del 2025 l'Autorità ha emanato ulteriori provvedimenti di rilievo, quali le Delibere n. 481 e 497 del 3 dicembre 2025. Tali atti rappresentano i nuovi punti di riferimento per la qualità e la perimetrazione degli obblighi di trasparenza. Di conseguenza, l'Azienda ha programmato per l'annualità 2026 una specifica fase di analisi tecnica volta a declinare operativamente i contenuti di tali delibere. L'obiettivo è definire eventuali ulteriori interventi di adeguamento sulla piattaforma "Amministrazione Trasparente" e aggiornare, ove necessario, i flussi documentali tra le strutture coinvolte.

Alle novità sopra richiamate si aggiungono altresì le recenti raccomandazioni nel PNA 2025 secondo cui è altresì opportuno che l'Amministrazione definisca, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato, nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

Da questo punto di vista l'Azienda ha in programma di definire, per ciascuna tipologia di dato, non solo la periodicità dell'aggiornamento prevista dalla legge, ma anche i termini perentori entro i quali deve avvenire l'effettiva pubblicazione sul portale istituzionale. A supporto di tale strategia, nel corso del 2026 verrà ulteriormente implementato l'allegato relativo alla Trasparenza. Il documento sarà integrato con:

- L'indicazione dei termini di scadenza per la pubblicazione di ogni dato;
- Il cronoprogramma delle tempistiche di monitoraggio periodico;

#### **2.4.9 Responsabilità e misure organizzative**

Ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza sono previste diverse figure, rappresentate dai seguenti soggetti:

- ✓ Responsabile della Trasparenza;
- ✓ Dirigenti responsabili;
- ✓ Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

#### **Responsabile della Trasparenza**

La modifica apportata all'art.1 comma 7 della L. 190/2012 dal D. Lgs. 97/2016, in cui si è previsto che siano assegnate ad un unico soggetto le due responsabilità, comporta che il RPCT dovrà svolgere la regia complessiva della pianificazione dell'anticorruzione e della trasparenza, in costante coordinamento con le strutture dell'amministrazione.



Al Responsabile sono attribuite le funzioni previste dall'art.43 del D. Lgs. 33/2013, così modificato dall'art. 34 del D. Lgs. 97/2016 e nello specifico svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

### **Dirigenti responsabili**

Ulteriore ruolo fondamentale in materia di trasparenza è ricoperto dai Dirigenti responsabili/referenti delle strutture individuate, ai quali spetta adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti dal presente Piano.

In particolare, i Dirigenti, nell'esercizio della propria funzione di responsabile del procedimento:

- ✓ curano la selezione, la raccolta dei dati da pubblicare ed il successivo eventuale invio degli stessi all'unità operativa preposta all'aggiornamento del sito internet Aziendale;
- ✓ garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla Legge;
- ✓ garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- ✓ controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico istituto regolamentato dall'art. 5 del d.lgs. n. 33/2013;
- ✓ partecipano alle iniziative di formazione sul tema della trasparenza e curano la formazione sul tema del proprio personale, promuovendo la diffusione della conoscenza delle norme di riferimento e la cultura della trasparenza all'interno della propria unità operativa.

Ciascun Responsabile ha la facoltà di individuare un "Titolare della funzione operativa", ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta e pubblicazione dei dati, dandone comunicazione al Responsabile per la Trasparenza. Il Responsabile svolge le proprie funzioni in stretto raccordo con i Referenti, i Sistemi Informativi, i Responsabili del sito istituzionale e della Comunicazione al fine di costantemente garantire l'efficacia dell'azione e il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

### **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Un pilastro fondamentale del sistema di monitoraggio è costituito dall'attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) – identificato nell'Azienda dal Nucleo di Valutazione delle



Prestazioni. Tale organismo ha il compito di presidiare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e la programmazione definita nel Piano della Performance.

Il Nucleo valuta l'adeguatezza degli indicatori di performance e l'effettivo apporto fornito dalle diverse strutture organizzative all'attuazione della strategia di trasparenza. Tali risultanze concorrono direttamente alla valutazione della performance, sia organizzativa che individuale, coinvolgendo il Responsabile della Prevenzione (RPCT) e i Dirigenti responsabili della trasmissione dei flussi documentali.

In conformità alle direttive impartite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, il Nucleo di Valutazione è tenuto a rilasciare annualmente un'attestazione circa l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Per l'annualità 2025, il processo si è articolato come segue:

- Prima Attestazione (9 luglio 2025): Il Nucleo ha proceduto alla verifica degli adempimenti evidenziando la necessità di un monitoraggio supplementare per la risoluzione di alcune criticità residue.
- Monitoraggio di Verifica (12 novembre 2025): A seguito delle azioni correttive intraprese dalle strutture competenti, il Nucleo ha formalmente attestato il superamento delle criticità rilevate in prima istanza, confermando l'adeguamento dell'Ente agli standard richiesti.

In esecuzione di quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 192 del 7 maggio 2025, il RPCT ha provveduto alla pubblicazione degli atti conclusivi dell'iter di verifica. L'attestazione, unitamente alla griglia di rilevazione analitica, è stata inserita sia sulla piattaforma digitale dedicata dell'ANAC, sia sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente – Sottosezione Controlli e rilievi sull'amministrazione".

#### **2.4.10 Accesso civico semplice e Accesso civico generalizzato**

L'Accesso civico semplice è disciplinato dall'art. 5, comma 1 del D. Lgs. 33/2013. Si tratta di uno strumento che la normativa fornisce ai cittadini per ottenere dalla Pubblica Amministrazione il rispetto dell'obbligo di pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti dal Decreto stesso.

La richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione circa il soggetto che vi fa ricorso, è gratuita e non richiede motivazione. La richiesta di accesso civico semplice riguarda esclusivamente i casi previsti dal D. Lgs. 33/2013 e non può comportare l'obbligo per la Azienda di pubblicare informazioni diverse, peraltro ottenibili con altre modalità.

Essa si realizza mediante la presentazione di richiesta scritta indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza avente ad oggetto "Accesso Civico" (trasparenza@asst-ovestmi.it), in alternativa: direttamente con consegna al Protocollo Aziendale (protocollo@pec.asst-ovestmi.it), in entrambe le ipotesi la richiesta di accesso dovrà essere corredata di copia del documento di identità richiedente.

Nella sezione Trasparenza del sito Aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.1 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

La richiesta di accesso deve essere riscontrata dall'Amministrazione entro 30 giorni, con risposta scritta, ovvero con pubblicazione diretta dei dati richiesti, fermo restando il rispetto delle regole di cui alla normativa sulla privacy.

L'Accesso civico generalizzato, introdotto con il D. Lgs. 97/2016, riguarda i dati ed i documenti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, detenuti dall'Amministrazione; l'istanza può essere avanzata da chiunque, senza necessità di specifica legittimazione e senza obbligo di motivazione. Si tratta di un diritto, che deve essere esercitato nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti e del principio del divieto di aggravamento dell'attività amministrativa.

La richiesta di accesso deve essere presentata all'Ufficio o Servizio che detiene i dati o i documenti di interesse. Qualora tale informazione non sia nota, la richiesta può essere presentata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (protocollo@pec.asst-ovestmi.it), che la inoltra alla struttura competente.

Nella sezione Trasparenza del sito Aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.2 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

È stato istituito a cura della SC Affari Generali e Legali il registro degli accessi i cui esiti sono pubblicati con cadenza semestrale, nella sezione Trasparenza- dati ulteriori-accesso civico.

#### **2.4.11 L'equilibrio con la Privacy**

La richiesta continua di trasparenza dell'azione amministrativa si accompagna alla tutela della privacy. In questo senso appare di fondamentale importanza assicurare entrambe le esigenze in un'ottica di equilibrio e di bilanciamento.

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla



libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ha apportato importanti novità in materia di trattamento dei dati personali e di privacy.

In particolare, all'art. 37, ha stabilito l'obbligo per il titolare del trattamento di nominare un responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una figura interna o esterna all'Ente.

Al riguardo, nell'ipotesi in cui il RPD venga individuato fra soggetti interni all'Amministrazione, l'ANAC ha ritenuto che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT.

Alla luce di quanto sopra, questa Azienda, nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore Generale n. 42 del 01 febbraio 2018.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento e confronto anche per il RPCT e svolge i compiti di cui all'art. 39 del GDPR e, in particolare: informa e fornisce consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 679/2016 nonché da altre disposizioni normative relative alla protezione dei dati e funge da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento.

Dal punto di vista organizzativo, l'ASST Ovest Milanese, oltre ad aver nominato un RPD "interno", ha previsto di delegare alcune funzioni del Titolare alle figure dirigenziali di seguito indicate, tenuto conto della complessità e della eterogeneità strutturale della stessa ASST:

- ✓ i Direttori di Struttura Complessa (SC) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice di Staff (SS di Staff);
- ✓ i Responsabili di specifiche funzioni assegnate agli staff della Direzione strategica.

Il restante personale viene autorizzato al trattamento dei dati per le funzioni e le mansioni ad esso attribuite.

In azienda sono nominati gli amministratori di sistema che operano prevalentemente presso la SC Sistemi Informativi.

Con delibera n. 93/2024 è stato riconfermato il gruppo di lavoro privacy, composto dai Responsabili di tutte le funzioni trasversali in azienda.

L'azienda è dotata delle seguenti policy aziendali:

- ✓ Reg. Privacy (deliberazione n. 188/2025);



- ✓ Reg. Data Breach (deliberazione n. 554/2022);
- ✓ IAP106 (istruzione operativa di emissione informative privacy);
- ✓ Reg. Sperimentazioni, contenente specifica disciplina per la gestione privacy nell'ambito della ricerca.

I regolamenti aziendali sopra richiamati costituiscono applicazione della normativa vigente e declinano le disposizioni volte a regolare la tutela della riservatezza dei dati personali e particolari nell'ambito aziendale nonché per l'adozione di provvedimenti ed atti amministrativi. Sono altresì declinate le misure e i procedimenti da osservare in caso di Data Breach.

Ad essi si aggiunge la Procedura aziendale gestione dell'attività di audit privacy interni (PAP163 – Rev. o del 28/10/2024) con la quale vengono definiti il processo di pianificazione, conduzione e gestione degli audit interni, in materia di privacy.

Nell'ambito della relazione annuale del DPO viene proposta la programmazione delle principali attività privacy relative agli audit, allo sviluppo/approfondimento dei temi principali (es. telemedicina), allo svolgimento di valutazione d'impatto (DPIA), sui trattamenti a maggior rischio in base alle necessità.

Nell'ambito del piano di formazione aziendale viene formulata la proposta formativa in materia di privacy che, negli anni, è stata modulata in differenti modi: rivolta a tutti i dipendenti dell'azienda o mirata a favore di determinate categorie professionali. Le attività formative vengono erogate sia in modalità FAD che con presenza in aula.

In questa sede appare opportuno evidenziare altresì che, con riferimento all'applicazione del GDPR in materia di trasparenza della pubblica amministrazione, il Garante è intervenuto con apposite linee guida (provvedimento n. 243 del 15/05/2014) per assicurare la protezione dei dati personali.

Nello specifico le linee guida:

- ✓ individuano le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nel momento in cui diffondono dati personali sui propri siti web istituzionali in base alla normativa sulla trasparenza;
- ✓ precisano che l'ente pubblico deve limitarsi a pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati per adempiere agli obblighi di trasparenza;
- ✓ precisano che i dati sensibili possono essere trattati solo se indispensabili ai fini degli obblighi di trasparenza, ovvero quando la trasparenza non può essere raggiunta con dati anonimi o di altro tipo;
- ✓ vietano la diffusione di dati personali che rivelano lo stato di salute o di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici o psichici;

- ✓ stabiliscono che prima di procedere alla pubblicazione sul proprio sito di dati personali, l'ente pubblico deve:
  - 1) individuare se esiste un presupposto di L. o di regolamento che legittima la diffusione del documento o del dato personale;
  - 2) verificare se ricorrono i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni;
  - 3) sottrarre all'indicizzazione (cioè` alla reperibilità sulla rete da parte dei motori di ricerca) i dati sensibili e giudiziari;
- ✓ si occupano di determinati obblighi di pubblicazione:
  - 1) le dichiarazioni dei redditi dei componenti degli organi di indirizzo politico e dei loro familiari, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza e delle previsioni a tutela dei dati;
  - 2) i compensi di alcuni soggetti (i titolari di incarichi amministrativi di vertice) evitando di pubblicare la versione integrale dei documenti contabili e fiscali o altri dati eccedenti (i recapiti individuali e le coordinate bancarie utilizzate per effettuare i pagamenti);
  - 3) i provvedimenti amministrativi (concorsi e prove selettive);
  - 4) gli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici e l'elenco dei soggetti beneficiari;
  - 5) in merito alla concessione di benefici economici a particolari categorie, non possono essere pubblicati:
    - ✓ dati identificativi dei soggetti beneficiari di importi inferiori a 1000€ nell'anno solare;
    - ✓ le informazioni idonee a rivelare lo stato di salute o la situazione di disagio economico-sociale degli interessati;
    - ✓ i dati eccedenti o non pertinenti.

Nell'ambito del bilanciamento degli obblighi di trasparenza e di tutela della riservatezza si segnala altresì il Comunicato del Presidente dell'ANAC, pubblicato il 3 luglio 2024 relativo alle "indicazioni in merito all'inserimento di dati personali nelle informazioni trasmesse alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici e/o pubblicate sul sito istituzionale delle Amministrazioni", con cui vengono fornite specifiche indicazioni rispetto alla pubblicazione di dati personali nei provvedimenti pubblicati online o trasmessi alla BDNCP, tenuto conto del parere del Garante del 7 febbraio 2013.

#### **2.4.12 Coordinamento con sezione performance**

Un'efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo non può prescindere da una stretta sinergia con i sistemi di programmazione gestionale. Il legislatore, attraverso la L. 190/2012 (art. 1, co. 8), ha sancito l'obbligo di coordinare gli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza con gli atti di pianificazione strategica dell'ente.

Il legame tra anticorruzione e performance è rafforzato dall'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, che attribuisce al Nucleo di Valutazione (con funzioni di OIV) il compito di accertare che gli obiettivi di trasparenza siano integrati e coerenti con quelli indicati nella programmazione della performance, validandone la congruità degli indicatori.

L'istituzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) rappresenta la sintesi evolutiva di questa esigenza di coordinamento. In quanto documento unico di programmazione, il PIAO persegue la duplice finalità di elevare la qualità e la trasparenza dell'azione amministrativa e, contestualmente, di migliorare i servizi resi ai cittadini attraverso la reingegnerizzazione dei processi e la semplificazione. All'interno di questa cornice, la sezione "Anticorruzione e Trasparenza" e la sezione "Performance" non sono compartimenti stagni, ma dialogano in modo costante.

In tal modo, la prevenzione della corruzione cessa di essere un adempimento meramente formale per diventare un elemento intrinseco del valore pubblico generato dall'Azienda

Il Nucleo di Valutazione dell'Azienda (con funzioni di O.I.V.) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che la pianificazione per la prevenzione della corruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'Anticorruzione e alla trasparenza. Si riportano in forma sintetica gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza previsti per l'anno 2026, come individuati nel PNA 2025.

#### **Obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza**

<b>Area</b>	<b>Descrizione</b>
Codice di comportamento	Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi)
Whistleblowing	Implementazione delle misure necessarie per assicurare l'invio e la gestione delle segnalazioni di attività illecite (whistleblowing)



Formazione	Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico
Formazione	Formazione specifica per garantire il corretto bilanciamento privacy-trasparenza
Gestione dei rischi corruttivi	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR
Gestione dei rischi corruttivi	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale



### 3. Organizzazione e Capitale Umano

#### 3.1 Struttura Organizzativa

Il vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato dall'Ente regione con DGR n. XI/6796 del 02/08/2022 ed adottato con la deliberazione n. 347 dell'8/8/2022, nel corso del 2024 è stato aggiornato in linea con quanto indicato dalla DG Welfare con nota G1.2024.0024531 del 21/06/2024.

L'aggiornamento del suddetto Piano è stato adottato dall'Azienda con deliberazione n. 416 del 02/02/2024 e approvato da Regione Lombardia con DGR n. XII/3284 del 31/10/2024.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo interno, l'Azienda è così strutturata:

- in Presidi Ospedalieri e in Dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza agli standard ospedalieri a cui afferiscono le Strutture Complesse
- in Distretti e in Dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST in cui si svolge l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di assistenza distrettuale

Alla data del 31 dicembre 2025, l'Azienda conta n. 4.357 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Medici	670	50
Dirigenza sanitaria non medica	80	5
Altri dirigenti	24	0
<b>Totale dirigenza</b>	<b>774</b>	<b>55</b>

Comparto	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Ruolo sanitario	2180	8
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	268	6
Ruolo Sociosanitario	630	0
Ruolo Amministrativo	426	7
<b>Totale comparto</b>	<b>3507</b>	<b>21</b>

Per assolvere alla propria *mission* l'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.



Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

## 1) Direzione Strategica

**Direttore Generale (DG):** rappresenta legalmente l'ASST, è responsabile della gestione complessiva, assicura il perseguitamento della *mission* con l'ausilio degli organi e delle strutture Aziendali, in particolare avvalendosi del Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario e del Direttore Amministrativo;

**Direttore Sanitario (DS):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre al governo Aziendale. È responsabile del governo clinico dell'Azienda sia con riferimento alla qualità e all'efficienza tecnica e operativa della produzione e distribuzione dei servizi sanitari, che attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in singole prestazioni o in programmi di assistenza;

**Direttore Socio Sanitario (DSS):** è responsabile della conduzione delle strutture afferenti alla rete territoriale dell'ASST e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero. Garantisce l'integrazione delle prestazioni erogate tra i due poli dell'ASST (ospedaliero e territoriale) e assicura ai pazienti la continuità assistenziale verso il territorio.

**Direttore Amministrativo (DA):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo Aziendale coadiuvando, in particolare, il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario Aziendale.

## 2) Incarichi di direzione

**Direttore di Dipartimento:** garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso, esercitando le funzioni di direzione, organizzazione e gestione dell'insieme della struttura dipartimentale, avvalendosi del Comitato di Dipartimento;

**Direttore di Struttura Complessa (SC) e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD):** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura ha una sua propria valenza strategica definita dal livello dei rapporti con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, dal valore delle risorse da gestire, dalla rilevanza della funzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi Aziendali, dal livello di intersetorialità che caratterizza gli interventi specifici della funzione e dell'estensione dell'articolazione organizzativa per numerosità e complessità delle dotazioni organiche, strumentali e tecnologiche ed eterogeneità dei servizi erogati;



**Responsabile di Struttura Semplice (SS):** ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

### 3) Incarichi dirigenziali

**Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici e professionali:** svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L’Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione volto a individuare le posizioni dirigenziali Aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera. La graduazione degli incarichi dirigenziali valorizza la diversa rilevanza e responsabilità organizzativo-gestionale e/o professionale richiesta ai diversi ruoli organizzativi rispetto alle finalità Aziendali, con scopi motivazionali a livello individuale ed equativi a livello Aziendale. La graduazione delle posizioni dirigenziali avviene in base ad un sistema che prevede *items* che descrivono le competenze e conoscenze specialistiche, il coinvolgimento in attività complesse o in progettualità specifiche, l’utilizzo di tecniche innovative, l’integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il grado di autonomia e responsabilità, lo svolgimento di attività di tutoraggio e formazione interna ed esterna. Alla graduazione delle posizioni è agganciata parte della retribuzione accessoria riconosciuta ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

### 4) Incarichi di funzione del personale del comparto

Per il personale del comparto, l’Azienda ha adottato il regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione, che comportano assunzione diretta di responsabilità e compiti addizionali e complessi rispetto al profilo di appartenenza, nonché eventuali funzioni di coordinamento del personale assegnato. Anche gli incarichi del personale del comparto sono graduati, in relazione all’ampiezza delle attività svolte e alla loro complessità, alle risorse gestite, al grado di competenze richieste, al grado di responsabilità ed autonomia previsti dal ruolo ricoperto, alla rilevanza strategica dell’incarico in ambito Aziendale, e sono sottoposti a specifica verifica.



*“Regolamento per l’individuazione, la graduazione, l’affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi”* sottoscritto il 22/12/2023 tra la delegazione di parte pubblica, la RSU e le OO.SS. del Comparto Sanità.

È possibile visionare l’organigramma completo dell’Azienda al seguente link:

<https://www.asst-ovestmi.it/amministrazione-trasparente/organigramma>

### **3.2 Organizzazione del lavoro agile**

L’art. 14 della L. n. 124 del 07 agosto 2015, in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche e la L. n. 81 del 22 maggio 2017 *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*, hanno disciplinato nell’ordinamento italiano una nuova modalità di svolgimento della prestazione lavorativa denominata smart-working, di seguito anche “lavoro agile”.

Il lavoro agile è un metodo di lavoro dinamico, attraverso il quale il dipendente può svolgere la propria attività lavorativa al di fuori dell’Azienda, gestendo in maniera autonoma il proprio tempo, concentrandosi al meglio nello svolgimento dei propri compiti e con lo scopo di favorire un miglior equilibrio tra vita privata e professionale.

In particolare:

- ✓ il predetto art. 14 ha stabilito che: *le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L’adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente comma costituiscono oggetto di valutazione nell’ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all’interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell’impatto sull’efficacia e sull’efficienza dell’azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di*



*conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associati.*

- ✓ l'art. 18 della L. 81/2017, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ha promosso il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali Aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Questa ASST, in forza della normativa sopra citata e delle disposizioni previste dai CC.CC.NN.LL. delle due Aree Dirigenziali e dell'Area del personale del Comparto Sanità, ha provveduto ad adottare, con la deliberazione n. 489 del 19/09/2024, il Regolamento in materia di lavoro agile.

Gli obiettivi che si è posta l'Azienda, attraverso l'introduzione del lavoro agile quale modalità di lavoro permanente, sono: favorire e promuovere una migliore qualità di vita dei dipendenti, diffondere un nuovo modello culturale basato non più sulla presenza fisica, ma incentrato sui risultati e sulla performance, introdurre e sostenere logiche di forte responsabilizzazione, incoraggiare situazioni positive e indirizzate ad un ripensamento del lavoro e dei rapporti tra dipendenti e superiori, sostenere nuove modalità di vivere e pensare l'organizzazione aziendale e la logistica, diffondere una nuova cultura rispetto a logiche di lavoro, relazioni/rapporti gerarchici e tra persone nonché rinnovate modalità e canali di comunicazione.

Nel corso dell'anno 2025, n.17 dipendenti hanno inoltrato domanda di attivazione Lavoro Agile, autorizzata dalla Direzione; il personale coinvolto appartiene sia al Comparto che alla Dirigenza Medica e PTA, come di seguito specificato: n. 14 amministrativi e tecnici, n. 1 dirigente amministrativo e n. 2 dirigenti medici. Tutti gli accordi individuali stipulati sono validi fino a revoca.

Considerato che il Lavoro Agile, come sopra specificato deve essere inteso quale nuovo strumento organizzativo e gestionale che comporta la necessità di un cambiamento culturale, l'Azienda per l'anno 2026 valuterà la possibilità di supportare e diffondere tale cambiamento culturale, anche mediante la promozione di questionari di soddisfazione, di monitoraggi sull'andamento del lavoro agile, al fine di verificare le percezioni del personale coinvolto e dei Responsabili di Struttura, con



particolare riferimento al grado di raggiungimento degli obiettivi, alla possibilità di confermare ed implementare il progetto e/o valutare eventuali modifiche o migliorie.

### **3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale**

L'art. 6 del D. Lgs. 165/2001 prevede l'adozione, da parte di ciascuna Pubblica Amministrazione, del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che viene adottato annualmente al fine di recepire eventuali modifiche legate alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale. Il PTFP si basa sull'assunto fondamentale di coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, pertanto, i costi ivi rappresentati, che hanno carattere programmatico, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.

Il PTFP 2025-2027, contenente la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi, è stato adottato, da ultimo con deliberazione n. 214 del 28/03/2025 e successivamente approvato con la DGR n. XII/4876 del 01/08/2025.

Il predetto Piano è stato predisposto in forza di quanto dettato nella DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 e nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e servizi".

Nel PTFP oltre alla parte riguardante il personale strutturato è stato riportato anche il fabbisogno in FTE del personale non strutturato (convenzionato universitario, convenzionato ACN, somministrazione lavoro, incarichi di lavoro autonomo e CO.CO.CO.).

Per quanto riguarda il personale strutturato le procedure di reclutamento e di governo delle risorse umane, nel rispetto dei vincoli numerici del sopraindicato Piano e di bilancio, hanno determinato al 31/12/2025 una consistenza organica di n. 4357 dipendenti; per l'anno 2026, nelle more delle indicazioni che perverranno dalla DG Welfare nell'ambito della predisposizione del nuovo PTFP 2026-2028, le soprarchiamate procedure saranno aderenti ai vincoli economici del BPE 2026 e numerici del PTFP oggi vigente.

Per quanto riguarda il personale non strutturato, il PTFP prevede l'inserimento del fabbisogno in FTE collegato agli specifici vincoli economici indicati da Regione nei diversi decreti assunti nel corso del 2025 e che assumerà nel corso del 2026. Per entrambe le annualità questa ASST ha pienamente rispettato i seguenti parametri approvati nelle specifiche schede del già citato PTFP 2025-2027:



Personale Universitario:	FTE	1,20
Specialisti Ambulatoriali e altre professionalità:	FTE	28,8
Personale somministrato:	FTE	2,7
Lavoratori autonomi:	FTE	52,10

Si allegano al presente documento le schede del PTFP 2025-2027 relative all'anno 2025 (Allegato n.4)

### 3.4 Piano formativo Aziendale

Il Piano Formativo Aziendale anno 2025 è stato approvato con deliberazione n. 167 del 14/03/2025 ed inserito, come da disposizioni regionali in materia, entro il 15 marzo 2025 sul sito ECM di Regione Lombardia con documentazione a supporto. Secondo le nuove disposizioni di ECM Regione Lombardia è inoltre consentito caricare in piattaforma ECM/CPD eventi considerati “in piano” fino al 30 giugno dell’anno di riferimento.

La rendicontazione degli eventi accreditati, secondo norma, è da effettuarsi entro i tre mesi dalla data di chiusura dell’evento stesso; pertanto, alcuni dei dati riportati sono provvisori.

L’attività formativa effettuata nell’anno 2025 è così suddivisa:

- ✓ N. 232 eventi accreditati (di cui 206 “in piano” e 26 “fuori piano”)
- ✓ N. 25 eventi cancellati
- ✓ N. 3 eventi non accreditati (5 edizioni) in quanto rivolti a personale esente da crediti o non accreditabile secondo le regole ECM
- ✓ N. 467 edizioni previste

Il personale dell’Ufficio Formazione garantisce una costante consulenza ai Responsabili Scientifici per la realizzazione di nuovi percorsi e/o la revisione di quelli approvati in sede di piano. Si è fornita piena collaborazione anche all’utilizzo ed all’attivazione della piattaforma Teams, per favorire la partecipazione dei discenti sia ai corsi residenziali che alle iniziative di formazione sul campo.

Nel corso dell’anno 2025 si è implementato ulteriormente l’utilizzo della piattaforma Moodle per la realizzazione e l’erogazione sia di FAD a norma di legge (D. 81/08) o per tematiche aziendali.

Quanto sopra ha permesso la realizzazione delle seguenti edizioni di iniziative formative rivolte sia al personale sanitario che socio sanitario nonché al personale professionale tecnico ed amministrativo:



Tipologia formativa	Iniziative
Addestramento	45
Gruppi di miglioramento/Audit	50
Corsi (sia residenziali che in videoconferenza)	230
FAD	34
Blended (Fad + altra tipologia formativa)	108
<b>Totale</b>	<b>467</b>

Le 467 edizioni di attività formative hanno consentito la partecipazione e la rendicontazione, di un numero superiore a 12.000 accessi di operatori afferenti a tutte le qualifiche professionali.

Le schede di customer, nonché le diverse tipologie di valutazione finale, testimoniano la buona riuscita dei vari percorsi proposti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di progettazione, nonché, in taluni casi, la ricaduta organizzativa di alcuni percorsi.

Per l'anno 2026, l'Ufficio Formazione sta provvedendo a redigere il Piano delle attività di formazione del personale attraverso la raccolta del fabbisogno formativo che dovrà essere presentato al Comitato Tecnico Scientifico per la sua approvazione, come previsto da procedura aziendale. Il piano di formazione verrà adottato entro il 15/03/2026 e la delibera di adozione del Piano costituirà addendum alla delibera del PIAO. Nel mese di novembre 2025 sono state riviste le tematiche aziendali, regionali, professionali, di sistema e normative alle quali fare riferimento per la progettazione delle iniziative formative, indicando quali linee d'intervento, in particolar modo, la digitalizzazione dei processi, l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera, il sistema delle Cure Primarie, gli interventi in materia di epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive.

Le predette tematiche, validate dalla Direzione Strategica, si suddividono per tipologia (1. Tematiche aziendali e regionali; 2. Tematiche professionali; 3. Tematiche di sistema e normative) e sono state trasmesse ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Responsabili Uffici di Staff e Strutture Semplici Dipartimentali all'inizio di dicembre per la formulazione del Piano Formativo Aziendale anno 2026, a seguito di approvazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico.

La predisposizione del Piano e la relativa quantificazione economica sarà inoltre sottoposta alle OO.SS. delle due Aree dirigenziali e del comparto ed alle RSU, verrà approvato con Deliberazione



aziendale e successivamente inserito nel Sistema Regionale ECM-CPD. La conclusione di tutto il processo è prevista entro la data del 15/03/2025 così come definito dal *“Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia”*.

Anche per l'anno 2026 l'Ufficio Formazione supporterà gli organi istituzionali preposti nel raggiungimento degli obiettivi PNRR, in particolar modo per quanto riguarda l'erogazione di eventi riguardanti il Fascicolo Sanitario Elettronico e la conclusione dell'intervento relativo al corso *“Formazione sulle Infezioni Ospedaliere correlate all'Assistenza (ICA)”*.

L'Ufficio inoltre supporterà le strutture competenti nell'erogazione di interventi rientranti nella gestione del cosiddetto *“Piano Olimpico”* in vista delle Olimpiadi Invernali di Milano-Cortina.



#### **4. Monitoraggio e Report Integrato**

L'attuazione delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio integrato degli strumenti di attuazione in esso contenuti, degli strumenti di mitigazione dei rischi e promozione della trasparenza e dei risultati conseguiti. Tale sistema coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

L'attività di monitoraggio è improntata al confronto e ad aggiornamenti periodici attraverso dati affidabili e corrispondenti alle esigenze conoscitive dei decisori (sistema di reporting). I risultati intermedi saranno fondamentali per segnalare eventuali criticità che potrebbero erodere parzialmente o totalmente la creazione di valore pubblico, consentendo alla azienda di intervenire tempestivamente.

Con riferimento alla struttura del PIAO, l'Azienda effettua un monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale e organizzativa delle strutture dell'Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate al Nucleo di Valutazione.

La Direzione Strategica, in collaborazione con le strutture preposte e con la SC Controllo di Gestione, presidia i processi dell'Azienda monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso l'implementazione di un cruscotto di indicatori di varia natura, regionali ed Aziendali, alimentato e aggiornato con cadenza mensile in corrispondenza dell'invio dei flussi delle SDO e 28SAN.

Nel rispetto della normativa vigente, Nucleo di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi pianificati, segnalando all'organo di indirizzo politico-amministrativo l'esigenza di eventuali interventi correttivi anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo.

Per quanto riguarda la valutazione partecipativa sui servizi ricevuti, l'Azienda ritiene centrale il rapporto con i cittadini-utenti e i loro rappresentanti al fine del miglioramento della qualità dei



servizi offerti sul territorio di propria competenza. Attraverso la consultazione e la partecipazione dei cittadini-utenti l’Azienda può attivare processi informativi e comunicativi sul territorio al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci e promuovere percorsi di facilitazione all’accesso dei servizi. La normativa prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino alla misurazione delle performance organizzative esprimendo il proprio grado di soddisfazione sui servizi erogati. Tale soddisfazione si rileva tramite il monitoraggio di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, oltre a indagini ad hoc di Customer Satisfaction. I dati complessivi sono aggiornati sul sito aziendale della Customer Satisfaction, nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Nell’ambito del funzionamento del “sistema di prevenzione della corruzione”, in particolare rispetto all’attività di monitoraggio cui si rimanda alla specifica sottosezione di riferimento, l’Azienda attua un controllo a più livelli che implica una piena collaborazione da parte dei Responsabili dei servizi coinvolti nei confronti del RPCT.

In particolare, viene effettuato un periodico monitoraggio interno rispetto all’attuazione e all’idoneità delle singole misure di prevenzione previste nel Registro dei Rischi, mediante la richiesta di specifiche relazioni in merito allo stato di avanzamento delle misure stesse, anche al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità.

Con riferimento alla sezione “Organizzazione e Capitale Umano”, in linea con quanto definito dal DM 30 giugno 2022, n. 132, il Nucleo di Valutazione, ne monitora l’effettiva coerenza con gli obiettivi di performance attraverso la predisposizione della relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009). In particolare, con attenzione al monitoraggio del PTFP, oltre ai sistemi di monitoraggio interni, si sottolineano i controlli esterni regionali attraverso le rendicontazioni mensili accolte dal flusso regionale FLU.PER, il monitoraggio congiunturale trimestrale allegato al CE e le rendicontazioni trimestrali di bilancio (Modello A del CET).

Il monitoraggio integrato è presupposto del Report integrato del PIAO a cui contribuiscono tutti i responsabili delle varie funzioni definite e descritte nel PIAO.

Il Report integrato del PIAO, ingloba la Relazione sulla Performance, è uno strumento di miglioramento gestionale e strategico grazie al quale l’azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti. Rappresenta altresì, uno strumento di accountability per rendicontare agli stakeholder interni ed esterni i risultati ottenuti ed eventuali scostamenti.

La selettività del PIAO comporta che nel report integrato siano riportati i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi di performance organizzativi direttamente funzionali al Valore Pubblico e



obiettivi individuali dei dirigenti che hanno contribuito direttamente al raggiungimento di tali obiettivi.

Le caratteristiche del Report Integrato sono:

- Contenuto unificato: Integra il bilancio d'esercizio con la rendicontazione non finanziaria
- Creazione di valore: Spiega come l'azienda crea valore nel tempo, considerando il contesto e i rischi
- Pensiero integrato: Promuove una cultura aziendale che allinea la strategia con la sostenibilità
- Trasparenza: Migliora la comunicazione con gli investitori e gli stakeholder.
- Sinteticità: Deve essere conciso, chiaro e comparabile.

Per i contenuti e le sezioni del Report integrato si rinvia ai Manuali Operativi in corso di emanazione dal DFP.

**Allegati:**

- ✓ **Allegato 1\_Scheda matrice obiettivi - Sezione Performance**
- ✓ **Allegato 2\_Registro dei rischi - Sezione Rischi corruttivi e trasparenza**
- ✓ **Allegato 3\_Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti - Sezione Rischi corruttivi e trasparenza**
- ✓ **Allegato 4\_Schede del PTFP – Sezione Organizzazione e Capitale Umano**

**PIAO 2026/2028**
**Allegato 1 - Scheda matrice obiettivi**

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Indicatore di Outcome	Rendicontazione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti	Quantitativo	<p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1</p> <p>Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento</p> <p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2</p> <p>Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento</p> <p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3</p> <p>Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento</p> <p>Fattore di scala: (x 1.000)</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	CIA1: valore >=5,1 CIA2: valore >= 3,9 CIA3: valore >= 3,2	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, RSA Aperta, ADP, Curepal)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	Quantitativo	<p>Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) dei residenti dell'ASST</p> <p>Denominazione: residenti dell'ASST</p> <p>Fattore di scala: (x 1.000)</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	<= valore 2025	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: DCR-FUR, 28SAN)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Quantitativo	<p>Numeratore: <math>\Sigma</math> Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + <math>\Sigma</math> Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208.</p> <p>Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente).</p> <p>Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	>= valore 2025	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, Hospice, ISTAT)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Quantitativo	<p>Numeratore: N. Pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi (residenti nell'ASST di riferimento)</p> <p>Denominatore: N. Pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice (residenti nell'ASST di riferimento)</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	Copertura farmacologica $\geq$ 75%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA01: Percentuale di pazienti con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico	Quantitativo	<p>Numeratore: N. Pazienti appartenenti alla coorte prevalente con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice</p> <p>Denominatore: Numerosità della coorte prevalente</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	Copertura farmacologica $\geq$ 75%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	Quantitativo	<p>Numeratore: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg (a pazienti residenti nell'ASST)</p> <p>Denominatore: n. ricoveri totali per patologie psichiatriche (a pazienti residenti nell'ASST)</p> <p>Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale</p>	<p>Se valore 2025 &lt; 4%: mantenimento del valore 2025</p> <p>Se valore 2025 &lt; 8%: riduzione di 1 p.p. del valore 2025</p> <p>Se valore 2025 &gt; 8%: riduzione fino all'8% e attivazione specifici protocolli per la gestione del percorso post-dimissioni</p>	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)

NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Monitoraggio raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Quantitativo	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: totale prestazioni classe B Fattore di scala: (x 100) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	>=90%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso 28SAN)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Quantitativo	Numeratore: N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto che supera i 135 interventi annuali Denominatore: N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	100%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella Denominatore: N. ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<2,5	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria )
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni Denominatore: N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	>= 90%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri nelle strutture afferenti all'ASST con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore (differenza tra data e ora della procedura e data e ora di accesso in pronto soccorso o di ricovero - in caso di assenza di passaggio da PS - ≤ 48 ore); Denominatore: N. ricoveri nelle strutture afferenti all'ASST con diagnosi di frattura del collo del femore. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	>= 80%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato" Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato" Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<= 14%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Quantitativo	Numeratore: N. parti cesarei primari Denominatore: N. parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<15%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	Quantitativo	Numeratore: N. parti cesarei primari Denominatore: N. parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<20%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)

NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero Denominatore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤7%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria )
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Quantitativo	Numeratore: N. episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE) Denominatore: N. episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤14,55%	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria )
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE) Denominatore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤ valore 2025	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria )
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni per i residenti ≥ 18 anni nel territorio dell'ASST con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore Denominatore: Popolazione ≥ 18 anni residente nell' ASST di riferimento Fattore di scala: x 100.000 abitanti Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤ valore 2025	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni per i residenti < 18 anni nel territorio dell'ASST con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore Denominatore: Popolazione < 18 anni residente nell' ASST di riferimento Fattore di scala: x 100.000 abitanti Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤50	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H09Za: Donatori di organi morte encefalica	Quantitativo	Numeratore: N. donatori deceduti i cui organi sono stati utilizzati Denominatore: Popolazione residente area di riferimento Fattore di scala: 1.000.000 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	>35	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: CRT, SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C-Vaccinazioni, Esavente: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Quantitativo	Numeratore: N. vaccinati residenti e assistiti entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti e assistiti Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥95% copertura vaccinale	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C -Vaccinazioni, MPR: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Quantitativo	Numeratore: N. di vaccinati residenti e assistiti entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti e assistiti Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 95% copertura vaccinale	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P05C -Vaccinazioni, HPV: Copertura vaccinale anti-HPV	Quantitativo	Numeratore: N. di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: N. di residenti e assistiti Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	copertura vaccinale per seconda dose coorti 2013 ≥ 85%, 2012 ≥ 78%, 2011 ≥ 70% (il target potrebbe variare in relazione alle definizioni ministeriali)	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione

NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening CERVICE ETA' 25-29: Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 25-29 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening CERVICE ETA' 30-64: Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 47-64 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening MAMMELLA: Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 50-69 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 60% copertura	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening COLON: Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 50-69 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Performance Sanitaria - Miglioramento qualità assistenziale garantendo standard regionali, tempestività e percorsi clinici appropriati.	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni
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.	PANFLU: garantire la preparazione da parte del SSR in relazione alla gestione di epidemie e pandemie	PANFLU: Proporzione di azioni, simulazioni e audit correttamente realizzati e rendicontati nel software regionale in SASHA	Quantitativo	N. di azioni/azioni previste + N. di simulazioni/simulazioni previste) / 2 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni compilate in SASHA, 100% delle simulazioni effettuate	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	Fonte e visualizzazione dati: portale SASHA
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.	IPC: garantire una corretta gestione dell'infection prevention control nelle strutture sanitarie regionali	IPC: realizzazione delle azioni sezione 11.10 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Quantitativo	Numeratore: N. azioni effettuate Denominatore: N. azioni previste Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni sezione 11.10 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	Fonti: relazioni ad hoc
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.	Microbio 2.0: garantire la piena funzionalità del tracciato Microbio 2.0	Microbio 2.0: realizzazione delle modifiche al tracciato dati e, invio giornaliero e valutazione della qualità del dato	Quantitativo	Presenza del flusso Microbio 2.0 con invio giornaliero a partire da Giugno Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	> 95% dei giorni con invio del flusso e validazione del flusso da parte della UO Prevenzione (verifica del numero di record inviati e della qualità del flusso)	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	Fonte e visualizzazione dati: portale Microbio

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.	PNRR MIS 6.2 SUB 2.2: garantire il completamento della formazione PNRR in merito alle infezioni correlate all'assistenza	PNRR MIS 6.2 SUB 2.2: completamento del numero dei formati e corretta rendicontazione in Regis e pieno utilizzo delle risorse	Quantitativo	Numeratore: N. formati correttamente Registrati in Regis Denominatore: N. formati previsti Numeratore: risorse utilizzate Denominatore: risorse assegnate Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% dei formati, 100% compilazione in Regis, 100% risorse utilizzate entro giugno	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	Regis, relazioni ad HOC - caricamento su piattaforma boolebox
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.	ScreenUP- liste di attesa: garantire al cittadino la possibilità di partecipare allo screening secondo tempi di attesa previsti dalle indicazioni regionali, le ASST devono esporre sulle agende dedicate a ScreenUP un numero di appuntamenti adeguato a garantire le corrette tempistiche. Ogni ASST è responsabile di garantire per il proprio territorio un numero adeguato di visite a supporto dello screening. LE ATS hanno il compito di supportare le ASST tramite il supporto complementare di aziende private accreditate	ScreenUP- liste di attesa: tempi di attesa tra evidenza di positività al primo livello ed accesso al secondo livello secondo le seguenti tempistiche : > colon retto: colonscopia effettuata entro 60 gg da FIT+ > cervice uterina: colposcopia entro 30gg da HPV/PAP + (con analisi specifica per HSIL entro 14gg ) > mammella: ecografia entro 14 gg da rx+ > prostata: visita urologica entro 60 gg da PSA/FH+ La valorizzazione dell'indicatore verrà effettuato sui residenti assistiti del proprio territorio (anche se i test verranno erogati da altre aziende pubbliche o private); la valorizzazione dell'indicatore verrà effettuato dal momento di passaggio a ScreenUP della ATS	Qualitativo	per ogni linea di screening viene calcolata la seguente formula Numeratore: N. prenotazioni effettuate coerenti con i tempi di attesa previsti Denominatore: N. positivi al primo livello Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	>80% per ogni linea di screening	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	ScreenUP
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.	Screening prostata, polmone HCV: piena attivazione sul territorio regionale dello screening alla prostata e attivazione dello screening al polmone. Le ATS agiscono funzione di Governance nella attivazione degli screening sul proprio territorio in coerenza con le indicazioni regionali	Screening prostata, polmone, HCV: relazione quadriennale (aprile, agosto, dicembre) sulla attivazione territoriale degli screening polmone, HCV e prostata con almeno i seguenti contenuti: mappatura centri e prestazioni erogate ed eventuali proposte di modifica, qualità dell'offerta, verifica informazioni al cittadino (es siti internet), numero di prestazioni erogate, qualità flusso dati, azioni realizzate per miglioramento della qualità dati, azioni previste per il quadriennio successivo. Si attende una relazione unica per ogni gruppo ATS e ASST di competenza (eventualmente 2 o più per ATS Milano )	Qualitativo	Validazione della UO Prevenzione delle relazioni pervenute Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza delle relazioni con analisi dei processi di implementazione dei nuovi screening	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	relazioni ad HOC
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.	Innovazioni in Prevenzione: l'area Prevenzione prevede una serie di innovazioni nel 2026 per le quali le ATS e le ASST dovranno attivarsi secondo le indicazioni regionali	Innovazioni in Prevenzione Partecipazione alle iniziative regionali previste nel paragrafo 11.2	Qualitativo	Relazione sintetica da parte del DIPS/ Dipartimento Funz Prevenzione a dicembre 2026 delle iniziative alle iniziative regionali previste nel paragrafo 11.2 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza di relazione che Evidenza la piena partecipazione alle iniziative regionali	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	relazioni ad HOC
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.	partecipazione a progettualità internazionali: La UO Prevenzione è impegnata nella progressiva capacità di interlocuzione con stakeholders europei al fine di garantire innovazione ai programmi di sanità pubblica lombardi ed è a disposizione degli Enti del SSR con progettualità europee/internazionali al fine di facilitare una messa a sistema di innovazioni e buone pratiche e favorire un miglioramento delle competenze dei propri professionisti	partecipazione a progettualità internazionali: entro dicembre 2026 gli Enti che vogliono attivare percorsi di sviluppo e innovazione in Prevenzione inviano alla UO Prevenzione le proposte per una valutazione condivisa ovvero valorizzare percorsi di collaborazione internazionale già in essere; è previsto anche che una azienda dichiari di non essere in grado per il 2026 di attivare/collaborare ad iniziative	Qualitativo	Validazione della UO Prevenzione delle relazioni/proposte dichiarazioni pervenute Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza delle relazioni con analisi dei processi di implementazione dei nuovi screening	Prevenzione Sanità Pubblica Riduzione dei rischi sanitari attraverso screening, sorveglianza, educazione e interventi preventivi coordinati.	relazioni ad HOC
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	Adeguamento sistemi a codifiche ICD-10 e CIPI	Qualitativo	/ Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	Adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (31.12.2026)	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare

Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	Flusso CEDAP MICRO-BIO (entro settembre): adeguamento a nuove specifiche	Qualitativo	/ Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (per CEDAP 01.01.2026)	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS)
Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW	Quantitativo	Numeratore: n record inviati entro la scadenza Denominatore: totale record inviati Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte Flussi MdS: SDO, 28/SAN, EMUR-PS (6 SAN), ex-ante prestazioni ambulatoriali, Ministeriali (modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie ai sensi del D.M. del 22.12.2023), CeDAP, Flussi DGW: Trasmissione flussi relativi al personale (Conto Annuale e Fluper); Coerenza dei dati contenuti nelle tabelle 1,2,5,6,12,13 e 14 del Conto Annuale con i dati Fluper e Modello A.)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Corretta registrazione posti letto OBI (Osservazione Breve Intensiva)	Qualitativo	/ Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	Compilazione in FIM dei modelli ministeriali HSP12 o HSP13 con disciplina 04 "Osservazione Breve Intensiva", da parte delle strutture con posti letto accreditati OBI (e pertanto registrati nella piattaforma SIGAUSS	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Completezza delle informazioni nel flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	Quantitativo	Numeratore: N. accessi OBI da flusso EMUR-PS Denominatore: N. ricoveri con provenienza da OBI Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	>1	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS, flusso SDO)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	Quantitativo	Numeratore: CeDAP Denominatore: SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	<2%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso CeDAP, flusso SDO, modelli HSP11 e HSP11bis)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis)	Quantitativo	Numeratore: N. strutture di ricovero censite nei modelli HSP Denominatore: N. strutture che inviano il flusso SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO, modelli Ministeriali HSP11 e HSP11bis (anagrafiche delle strutture di ricovero), HSP12, HSP13, HSP22-bis (posti letto attivi))
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: qualità della rilevazione (errori gravi)	Quantitativo	Numeratore: N. record SDO contenenti errori gravi Denominatore totale record SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≤1%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Copertura flusso SDO-R (riabilitativa), rispetto all'atteso (SDO dai reparti codici 28,75,56) secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	Quantitativo	Numeratore: N. SDO-R trasmesse Denominatore: totale SDO-R attese Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO-R, flusso SDO)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Correttezza di compilazione delle scale del flusso SDO-R secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	Quantitativo	Numeratore: N. campi non scartati per il campo scale (reparto di dimissione) Denominatore: totale scale (per reparto di dimissione) compilate Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO-R)

Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Percentuale di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN su protesi mammarie acquistate dal SSN (flusso consumi).	Quantitativo	Numeratore: N. di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN Denominatore: N. di protesi mammarie acquistate dal SSN* 100 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥ 80%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Registro Impianti Protesici Mammati, flusso consumi (CND: P060101 - protesi mammarie rotonde; P060102 - protesi mammarie anatomiche; P060201 - protesi mammarie tipo Becker))
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Livello di copertura del Registro Nazionale e del Registro Regionale degli Impianti Protesici Mammati	Quantitativo	Numeratore: N. impianti-espianti effettuati registrati Denominatore: N. impianti-espianti effettuati in ciascun ente Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Registro Impianti Protesici Mammati e flusso SDO)
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	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). In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno	Chiusura di tutte le schede di registro AIFA attive nel 2024, che abbiano avuto almeno una dispensazione di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione. In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno.	Quantitativo	Numeratore: N. schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione Denominatore: Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ASST che attesti il raggiungimento del target
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance	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.	Quantitativo	Numeratore: N. Segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza Denominatore: N. Segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ASST attestante il raggiungimento dell'indicatore (Fonte: Piattaforma Dispovigilance del Ministero della Salute)
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere l'utilizzo di farmaci biosimilari a maggior sostenibilità economica nel setting territoriale	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.(cid:9)eparine a basso peso molecolare (almeno il 30 % come biosimilare); 2.(cid:9)denosumab (continua la sua distribuzione in DPC anche come biosimilare, di cui almeno il 20%)	Quantitativo	Numeratore: N. Prescrizioni di biosimilare di enoxaparina e denosumab Denominatore: N. prescrizioni totali di enoxaparina e denosumab Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR	Riduzione del 50% dell'utilizzo delle ricette rosse RUR relative alle specialità medicinali è obiettivo strategico primario per il 2026 nell'ambito della gestione della Farmaceutica Convenzionata	Quantitativo	Numeratore: N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2026 Denominatore: N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2025 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	50%	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR	A partire dal 1 gennaio 2025 la prescrizione dei farmaci di seguito elencati dovrà avvenire SOLO su RICETTA DEMATERIALIZZATA : -(cid:9)DENOSUMAB -(cid:9)ENOXAPARINA -(cid:9)GPL1	Quantitativo	Numeratore: N. Ricette dem denosumab, enoxaparina e GPL1 Denominatore: N. Ricette TOTALI denosumab, enoxaparina e GPL Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Raggiungimento di target di utilizzo dei biosimilari nel File F e la promozione della loro prescrizione in ambito ospedaliero	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%) • INFILIXIMAB 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)	Quantitativo	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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	valore riportato in parentesi nella descrizione indicatore	Farmaceutica Appropriatezza e Sostenibilità - Assicura terapie sicure, efficaci e sostenibili tramite vigilanza, appropriatezza e uso responsabile.	Report da parte dell'ASST che attesti il raggiungimento del target

Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Trasmissione dei flussi A e B di Fluper.	Trasmissione entro e non oltre il 5 del secondo mese successivo a quello di riferimento (es. i flussi relativi al mese di gennaio dovranno essere trasmessi entro il 5 marzo).	Quantitativo	Numeratore: N. record inviati entro la scadenza Denominatore: totale record inviati Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Qualità del dato - Resa del sistema più efficiente tramite dati accurati, tempestivi e coerenti regionalmente.	Autonoma da parte della DG Welfare
Liste d'attesa	Configurazione ed utilizzo CUP regionale	Monitoraggio degli indicatori di corretto utilizzo del CUP e di efficientamento dell'offerta ambulatoriale sulla base delle regole definite a livello regionale.	Gli specifici indicatori saranno definiti in un provvedimento successivo dalla DG Welfare	Quantitativo	Le modalità di calcolo saranno definite con provvedimento successivo dalla DG Welfare Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 2 punti dell'Area Liste d'Attesa	I target saranno definiti da successivo provvedimento e dovranno essere raggiunti entro 3 mesi dall'avvio del CUP presso l'Ente (per gli Enti che già utilizzano il CUP regionale i 3 mesi decorrono dalla pubblicazione del provvedimento)	Accesso ai servizi - Garanzia di tempi rapidi e certi migliorando equità, continuità e tempestività nelle prestazioni.	Da definire con successivo provvedimento
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento - Pubblici	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento	Quantitativo	1. calcolo raggiungimento target a livello di prestazione/raggruppamento: Numeratore: volume erogato secondo i filtri individuati a livello di ASST Denominatore: totale target a livello di ASST 2. calcolo valore indicatore complessivo: [(Somma target delle singole prestazioni/raggruppamenti)/n. prestazioni-raggruppamenti con target] Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 7 punti dell'Area Liste d'Attesa	da PRGLA i target saranno validati con successivo provvedimento a livello di prestazione/raggruppamento: volume/target >= 80 > 100% per la singola prestazione 60 <= volume/target < 80 > 50% per la singola prestazione 0 <= volume/target < 60 -> 0% per la singola prestazione	Accesso ai servizi - Garanzia di tempi rapidi e certi migliorando equità, continuità e tempestività nelle prestazioni.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	Raggiungimento dei target fissati con gli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026 sui tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (oncologici in classe di priorità A e non oncologici in tutte le classi di priorità) rispettando i volumi 2025 (senza considerare i ricoveri con anno di prenotazione antecedente o uguale al 2024)	Quantitativo	ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici oncologici programmati (classe di priorità A) effettuati entro soglia Denominatore: totale di ricoveri chirurgici programmati 2026 oncologici (classe di priorità A) NON ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici non oncologici programmati Denominatore: totale di ricoveri chirurgici programmati 2026 (tutte le classi di priorità) Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 4 punti dell'Area Liste d'Attesa	88% oncologici programmati - classe di priorità A 85% non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	Accesso ai servizi - Garanzia di tempi rapidi e certi migliorando equità, continuità e tempestività nelle prestazioni.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO)
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	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	Quantitativo	Numeratore: differenza tra il n. di ricoveri in lista al 01.01.2026 e il n. di ricoveri ancora in lista al 31.12.2026 Denominatore: N. di ricoveri in lista al 01.01.2026 Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 3 punti dell'Area Liste d'Attesa	70%	Accesso ai servizi - Garanzia di tempi rapidi e certi migliorando equità, continuità e tempestività nelle prestazioni.	Riconoscimento
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	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 - Pubblici	Percentuale di prenotazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	Quantitativo	Numeratore: N. di prenotazioni garantite entro i tempi di attesa per classe di priorità (senza prevedere la tolleranza) Denominatore: N. di prenotazioni totali per classe di priorità Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 4 punti dell'Area Liste d'Attesa	>=90%	Accesso ai servizi - Garanzia di tempi rapidi e certi migliorando equità, continuità e tempestività nelle prestazioni.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)
Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	Piede diabetico: Raggiungimento degli indicatori approvati con DGR n.XII/163/2023 da parte dei centri di secondo e terzo livello Adempimento degli indicatori specificati nella DGR n.XI/6253/2022 da parte dei centri di secondo e terzo livello	Raggiungimento degli indicatori approvati con DGR n.XII/163/2023 da parte degli Enti di II e III livello Adempimento degli indicatori specificati nella DGR n.XI/6253/2022 da parte dei centri di secondo e terzo livello	Quantitativo	Indicatori previsti da: - DGR n. XII/163/2023 Requisiti previsti da: - DGR n.XI/6253/2022 Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target e requisiti previsti da: - DGR n. XII/163/2023 - DGR n. XI/6253/2022	Percorsi clinici specializzati - Uniformità cure complesse garantendo qualità, continuità, integrazione e standard clinici avanzati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau) Adeguamento ai requisiti: relazione da parte dell'Ente
Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	Neoplasie ginecologiche: Raggiungimento degli indicatori che saranno validati con successivo provvedimento	Raggiungimento degli indicatori che saranno validati con successivo provvedimento	Quantitativo	Indicatori previsti da successivo provvedimento Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target previsti da successivo provvedimento	Percorsi clinici specializzati - Uniformità cure complesse garantendo qualità, continuità, integrazione e standard clinici avanzati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau)

Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	Breast Unit: Adempimento degli indicatori specificati nella DGR XII/3458 del 25/11/2024, DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 e di presa in carico definiti negli Indirizzi di Programmazione 2026	Miglioramento indicatori DGR XII/3458/2024, DGR7755 del 28/12/2022 e di presa in carico definiti negli Indirizzi di Programmazione 2026	Quantitativo	Indicatori previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR XI/7755 del 28/12/2022 - Indirizzi di Programmazione 2026 Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR7755 del 28/12/2022 - Indirizzi di Programmazione 2026	Percorsi clinici specializzati - Uniformità cure complesse garantendo qualità, continuità, integrazione e standard clinici avanzati.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau)
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MAP non aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MAP non aderenti a cooperativa	Quantitativo	Numeratore: N. di pazienti cronici presi in carico Denominatore: totale dei pazienti di competenza Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	≥ 10%	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC)
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MAP aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MAP aderenti a cooperativa	Quantitativo	Numeratore: N. di pazienti cronici presi in carico Denominatore: totale dei pazienti di competenza Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	≥ 20%	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC)
Polo territoriale e presa in carico	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR	Attivazione delle CdC	Numero di case di comunità attive con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77 per CdC HUB	Quantitativo	Numeratore: N. CdC attive con tutti i servizi attestati Denominatore: Totale CdC previste ed attive. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR. Logica premiante: CdC: 100% per attestazione entro 31/03/2026; 60% per attestazione entro 30/06/2026	100% (attestazione target PNRR secondo T1, T2)	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Invio atto aziendale che attesta da parte delle ASST l'attivazione di tutti i servizi delle CdC secondo le indicazioni delle "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 M6C1-3" Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche" del 19.12.2025.
Polo territoriale e presa in carico	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR	Attivazione degli OdC	Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77	Quantitativo	Numeratore: N. OdC attivi ed accreditati Denominatore: Totale OdC previsti. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR.	100% (attestazione target PNRR secondo T1, T2)	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Approvazione decreto regionale di accreditamento per tutti gli OdC di competenza territoriale. Invio attestazione secondo le Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche" del 23.12.2025
Reti	Potenziamento reti territoriali	Potenziamento Rete delle Cure Palliative: Come previsto dal DM 77/2022 e in attuazione dell'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 si evidenzia la necessità di implementare il sistema delle cure palliative	definizione e formalizzazione delle Reti Locali di Cure palliative secondo le indicazioni della DG Welfare	Qualitativo	Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti		Percorsi clinici specializzati - Uniformità cure complesse garantendo qualità, continuità, integrazione e standard clinici avanzati.	documento di costituzione reti regolamento di funzionamento delle reti approvato
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Implementazione delle indicazioni ministeriali e regionali in materia di accesso dell'utenza ai servizi territoriali e ambulatoriali di Psichiatria, NPIA, Psicologia e adeguamento delle prassi operative dei servizi amministrativi (CUP, aree amministrative) e di cura (UO Psichiatria, NPIA, Psicologia).	Documento Aziendale che certifica: - L'adozione delle indicazioni regionali e realizzazione di procedure e prassi operative e le schede per l'accettazione e la valutazione della richiesta di accesso; - Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dai CUP; - Tempi medi di attesa tra l'arrivo della richiesta e la prima risposta del servizio rilevati nel secondo semestre (1.7.2026 -31.12.2026).	Qualitativo	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	1 report	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Report da parte dell'ASST che attesta raggiungimento del target

Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Apertura e avvio dei Centri diurni di NPIA all'interno della propria ASST	Evidenza avvio delle attività del CD (accreditamento e contrattualizzazione)	Qualitativo	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	almeno 1 Centro Diurno NPIA	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Report da parte dell'ASST che attesti l'accreditamento e la contrattualizzazione dei Centri attivati
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Potenziamento Consultori Familiari attraverso: 1. l'attuazione del nuovo nomenclatore delle prestazioni consultoriali; 2. interventi in area ostetrico - ginecologica con presa in carico multidimensionale della persona.	1 evidenze avvio attività nuovo nomenclatore; 2. approvazione di un protocollo/linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale in area ostetrico-ginecologica per i consultori familiari e relativa formazione al personale.	Qualitativo	1. utilizzo nuovo nomenclatore consultoriale secondo le indicazioni delle DG Welfare anche in tema di flussi; 2. definizione e approvazione del protocollo /linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale in area ostetrico-ginecologica per i consultori familiari e relativa formazione al personale. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	1. utilizzo nuovo nomenclatore; 2. protocollo /linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale.	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Report da parte dell'ASST che attesti: 1. il raggiungimento del target (Fonte: Flusso Consultori per la rilevazione dell'attività svolta); 2. copia del protocollo/linee guida sui percorsi dedicati alla specificità del consultorio in area ostetrico-ginecologica e relazione delle azioni messe in atto per la diffusione e formazione al personale.
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Realizzazione dei percorsi previsti da DGR 4891/2025 e DGR 5096/2025 relative all'attivazione di cure domiciliari per over 65, anche ai fini dell'obiettivo DM 77/2022 e PNRR (10% di over 65), incentivazione della sorveglianza domiciliare programmata da parte dei MAP (sia nell'attività a ciclo di scelta che su base oraria, quest'ultima particolarmente orientata alla presa in carico degli assistiti afferenti agli AMT)	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025	Quantitativo	Numeratore: N. over 65 presi in carico 2026 Denominatore: N. over 65 presi in carico 2025 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Target presi in carico per ASST come da indicazioni DG Welfare Aumento Presi in carico da parte dei MAP rispetto al 2025 >1	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SIAD, CP, RSSA, ADP, ADP-IFEC)
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Applicazione Accordi Regionali medicina generale e pediatria di famiglia	invio degli accordi attuativi aziendali a DG Welfare	Qualitativo	8/8 accordi per MAP e 8/8 accordi per PLS Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire rispettivamente 2 punti alle ASST e 8 punti alle ATS; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	delibere degli accordi attuativi aziendali	Presa in Carico - Offre assistenza vicina, personalizzata e continuativa migliorando supporto a cronici e fragili	delibere degli accordi attuativi aziendali
Investimenti	Raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori	Numero di interventi realizzati e attestati che contribuiscono al raggiungimento del target PNRR a livello regionale	1. Conclusione degli interventi di propria competenza secondo i termini prescritti e le modalità previste dal POR; 2. Attestazione target	Quantitativo	1. N. di interventi conclusi (rilascio del CRE e/o collaudo) / n. di interventi inseriti nel POR; 2. N. di interventi attestati e deliberati / n. di interventi inseriti nel POR Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Investimenti permette di acquisire 5 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Investimenti Logica premiante: CdC; OdC:100% per conclusione entro 31/03/2026; 60% per conclusione entro 30/06/2026 Oss: 100% per conclusione entro 30/06/2026; 60% per conclusione entro 31/08/2026 DL34:100% per conclusione entro 31/05/2026; 60% per conclusione entro 31/08/2026 In caso di parziale raggiungimento degli obiettivi afferenti alle diverse linee di investimento, verrà operata una valutazione parametrica riassuntiva dell'indicatore.	CdC; OdC: collaudo e attestazione target entro 31/03/2026 Oss: collaudo e attestazione target entro 30/06/2026 DL34: collaudo e attestazione target entro 31/05/2026	Infrastrutture e Tecnologia - Ammodernamento di strutture e tecnologie migliorando sicurezza, efficienza e qualità dell'assistenza fornita.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: rilevazione sulle piattaforme)
Investimenti	Raggiungimento del target stabilito dello stato di rendicontazione	Rendicontazione finanziaria delle spese nella piattaforma Regis degli interventi inseriti nel POR attraverso la presentazione dei rendiconti di progetto	Importo rendicontato rispetto al totale degli importi relativi agli interventi assegnati all'Ente.	Quantitativo	Numeratore: Importo PNRR rendicontato Denominatore: importo complessivo del finanziamento assegnato agli interventi Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Investimenti permette di acquisire 5 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Investimenti Verrà operata una valutazione parametrica riassuntiva dell'indicatore in funzione del totale o parziale raggiungimento delle soglie percentuali indicate quali target progressivi alle date del 31/01, 30/06, 30/09 e 31/12/2026.	15% entro il 31 gennaio 2026 50% entro il 30 giugno 2026 75% entro il 30 settembre 2026 100% entro il 31 dicembre 2026	Infrastrutture e Tecnologia - Ammodernamento di strutture e tecnologie migliorando sicurezza, efficienza e qualità dell'assistenza fornita.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: rilevazione sulle piattaforme)
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	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti	Quantitativo	Numeratore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	>85%	Emergenza Urgenza - Riduce attese critiche, migliora sicurezza pazienti e ottimizza processi di emergenza ospedalieri.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)

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	Riduzione del tempo di sbarellamento nei rispettivi PS afferenti	Efficientamento delle tempistiche di sbarellamento	Quantitativo	Numeratore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2025 Denominatore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2024 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	<=30%	Emergenza Urgenza - Riduce attese critiche, migliora sicurezza pazienti e ottimizza processi di emergenza ospedalieri.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: EUOL)
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	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub così come definiti dalla DGR 3720 del 30/12/2024	Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding	Quantitativo	Numeratore: tempo medio di boarding 2025 tra tutte le strutture afferenti all'HUB Denominatore: tempo medio di boarding 2024 tra tutte le strutture afferenti all'HUB Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	<=20%	Emergenza Urgenza - Riduce attese critiche, migliora sicurezza pazienti e ottimizza processi di emergenza ospedalieri.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: EUOL)
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	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti	Quantitativo	Numeratore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	>85%	Emergenza Urgenza - Riduce attese critiche, migliora sicurezza pazienti e ottimizza processi di emergenza ospedalieri.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)
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	Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	Numero di pazienti che lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita	Quantitativo	Numeratore: N. di abbandoni da PS Denominatore: N. di accessi in PS Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	< 1,25%	Emergenza Urgenza - Riduce attese critiche, migliora sicurezza pazienti e ottimizza processi di emergenza ospedalieri.	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	Scheda dedicata con importi per classi e aggregati di spesa 2026 condivisa nel primo trimestre con gli uffici competenti	Quantitativo	Confronto tetto e importo a bilancio Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi permette di acquisire rispettivamente 10 punti alle ASST e 5 punti alle ATS; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli importi assegnati	Efficienza gestionale - Ottimizza risorse pubbliche migliorando sostenibilità, qualità servizi e riducendo sprechi amministrativi.	Calcolato dalla DG Welfare con i valori di chiusura d'esercizio
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite per ciascun ente	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite per ciascun ente	Scheda azioni programmate definita con DG Welfare e condivisa nel primo trimestre con gli uffici competenti	Quantitativo	% Raggiungimento azioni Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi permette di acquisire rispettivamente 10 punti alle ASST e 5 punti alle ATS; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	Svolgimento azioni e conseguimento del risparmio	Efficienza gestionale - Ottimizza risorse pubbliche migliorando sostenibilità, qualità servizi e riducendo sprechi amministrativi.	Relazione dell'ente semestrale ed annuale validata dagli uffici DG Welfare competenti

REGISTRO DEI RISCHI 2026

CATEGORIA AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	GRADO DI RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE	INDICATORI	STRUTTURA COINVOLTA	MONITORAGGIO
		PROGRAMMAZIONE	Mancata definizione dei piani pluriennali di acquisizione investimenti	MEDIO	1. Adozione Piano triennale acquisti beni e servizi 2. Adozione Piano triennale dei lavori pubblici	Pubblicazione piani triennali	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Eccesso di uso di proroghe o di procedure in urgenza		Analisi n. proroghe o affidamenti in urgenza	N. dei contratti prorogati o affidamenti in urgenza/n. totale affidamenti annuali	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Proroghe e procedure in urgenza immotivate		Motivazione proroghe o affidamenti in urgenza	100% motivazione dei provvedimenti di proroga o di affidamento in urgenza	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		PROGETTAZIONE	Capitolati approssimativi Criteri di aggiudicazione discrezionali o incoerenti Scelta di tipologia contrattuale per favorire un determinato operatore economico	ALTO	1. Verifica preventiva della presenza di convenzioni Aria, CONSIP, Gare aggregate. 2. Obbligo di motivazione nel provvedimento a contrarre in ordine alla scelta della procedura e del sistema di affidamento, ovvero della tipologia contrattuale	1. Motivazione nel 100% dei provvedimenti 2. N. aggiudicazioni medesimi operatori economici 3. N. di gare con unica offerta/n. complessivo di gare 4. N. di ricorsi giurisdizionali promossi per eccesso di potere/manifesta irragionevolezza su base annua in merito al criterio di aggiudicazione e agli elementi parametri oggetto di valutazione qualitativa	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			APPALTO INTEGRATO ex art. 44 del d.lgs. n. 36/2023 Rischio connesso all'elaborazione da parte della Stazione Appaltante di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopprimere a carenze, anche tramite varianti in corso d'opera. Proposta progettuale elaborata dall'operatore economico in un'ottica di massimizzazione del proprio profitto a detrimenti del soddisfacimento dell'interesse pubblico sotteso		1. Comunicazione del RUP che il progetto redatto dall'impresa presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni. 2. Previsione di indicatori di anomalia	Monitoraggio di: 1) incrementi contrattuali intorno o superiori al 50% dell'importo iniziale 2) sospensioni che determinano un incremento dei termini superiore al 25% di quelli inizialmente previsti	S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Nomina RUP in situazioni di incompatibilità/confitto di interesse		1. Obbligo di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del RUP e di sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente 2. Rotazione degli incarichi	1. 100% dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del RUP 2. N. di procedimenti per RUP	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Patti di Integrità		Obbligo di applicazione a tutte le procedure di gara del PATTO di INTEGRITÀ'	100% delle procedure bandite corredate da documentazione contenente i PATTI di INTEGRITÀ'	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Incentivi per funzioni tecniche		Applicazione regolamento aziendale relativo	100% deliberazioni conformi	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Nomina seggio di gara/commissione giudicatrice in situazioni di incompatibilità/confitto di interesse	ALTO	1. Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dei componenti della commissione di gara 2. Rotazione 3. Controlli sulle eventuali incompatibilità della commissione di gara	1. 100% delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse componenti commissione giudicatrice 2. N. dei medesimi Commissari presenti in più Commissioni 3. Pubblicazione in Amministrazione Trasparente: a) composizione delle commissioni giudicatrici, b) CV dei componenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Offerte anomale		Verifica congruità dell'offerta da parte del RUP/commissione giudicatrice	1. Evidenza nel verbale delle attività istruttorie svolte e della motivazione della decisione: 100%	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Scorretta valutazione delle offerte		Analisi ricorsi giurisdizionali promossi da operatori economici	N. di ricorsi giurisdizionali promossi da operatori economici	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Mancanza dei requisiti generali		Verifica dei requisiti generali	100% dichiarazioni (DGUE)	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
	ACQUISTO AFFIDAMENTO DIRETTO Art. 50, d.lgs. n. 36/2023	ACQUISTO AFFIDAMENTO DIRETTO Art. 50, d.lgs. n. 36/2023	Ricorso all'affidamento diretto non giustificato	ALTO	Analisi del numero di affidamenti diretti	N. aggiudicazioni con affidamento diretto sul totale delle aggiudicazioni	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Frazionamento artificioso o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare soglia prevista per l'affidamento diretto		Analisi di tutti gli affidamenti di importo appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere all'affidamento diretto	N. aggiudicazioni in affidamento diretto di importo appena inferiore alla soglia minima tra l'1% e il 10%	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Mancata motivazione negli affidamenti diretti		Motivazione nei provvedimenti di affidamento diretto	100% motivazione nei provvedimenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico		Analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	N. affidamenti diretti di uguale oggetto a medesimo operatore economico	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
			Mancata rotazione degli operatori economici secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del d.lgs. n. 36/2023		Analisi dei casi di individuazione del contraente uscente quale affidatario diretto del successivo contratto	1. N. dei casi di contraente uscente quale affidatario diretto del successivo contratto. 2. Presenza della motivazione con riferimento alla struttura del mercato e alla effettiva assenza di alternative, nonché di accurata esecuzione del precedente contratto	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale

		Utilizzo di una errata procedura di affidamento, per mancato rispetto delle soglie o del numero degli operatori economici da invitare e mancato rispetto dei criteri di rotazione ed economicità previsti dalla normativa vigente		Rispetto delle norme relative alle pubblicazioni-trasparenza	100% motivazione e pubblicazione del provvedimento di acquisto in affidamento diretto	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
<b>CONTRATTI PUBBLICI</b>		Ricorso alla procedura negoziata non giustificato		Analisi del numero di aggiudicazioni con procedura negoziata	N. aggiudicazioni con procedura negoziata	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Frazionamento artificioso o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare soglia prevista o erronea valutazione di un interesse transfrontaliero certo		Analisi di tutti gli affidamenti di importo appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate.	N. aggiudicazioni con procedura negoziata di importo appena inferiore alla soglia minima tra l'1% e il 10%	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico		Analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti	N. aggiudicazioni medesimi operatori economici	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Inviti operatori economici		Analisi delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento	N. procedure con n. operatori economici invitati inferiori a quanto previsto dalla norma per le soglie di riferimento	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
	<b>ACQUISTO PROCEDURA NEGOZIATA EX ART. 50, c.1, lett. c), d), e) d.lgs. n. 36/2023</b>	Mancata rotazione degli operatori economici secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice		Analisi dei casi di invito del contraente uscente nella successiva procedura negoziata	1. N. dei casi di invito contraente uscente quale affidatario del successivo contratto 2. Presenza della motivazione con riferimento alla struttura del mercato e alla effettiva assenza di alternative, nonché di accurata esecuzione del precedente contratto o effettuazione dell'indagine di mercato senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti, da invitare alla successiva procedura negoziata	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Utilizzo di una errata procedura di affidamento, per mancato rispetto delle soglie o del numero degli operatori economici da invitare e mancato rispetto dei criteri di rotazione ed economicità previsti dalla normativa vigente		Rispetto delle norme relative alle pubblicazioni-trasparenza	100% motivazione e pubblicazione del provvedimento di acquisto con procedura negoziata.	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
	<b>ACQUISTO PROCEDURA NEGOZIATA EX ART. 76 del d.lgs. n. 36/2023</b>	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata ex art. 76 del d.lgs. n. 36/2023 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore economico; - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante	ALTO	1. Analisi procedure negoziate ex art. 76 2. Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre delle motivazioni che hanno indotto a ricorrere alle procedure negoziate	1. N. di procedure negoziate ex art. 76 2. 100% Motivazione nel provvedimento.	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Acquisto senza caratteristiche di esclusività e infungibilità Prevenire potenziali conflitti di interessi nei rapporti con i soggetti privati nelle procedure di acquisizione dei beni e servizi infungibili o in esclusiva	ALTO	Applicazione di procedure per l'acquisto di beni infungibili e in esclusiva conformi alle linee guida indicate in: - DGR n. XI/491 del 02/08/2018 Sub All. C - DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 All. 10	1. Indagine di mercato secondo le modalità indicate dalle DGR per procedure di acquisizione di importo superiore a 140.000 Euro. 2. Pareri commissione di valutazione/totale acquisizioni (100%) 3. Rendicontazione semestrale del numero di affidamenti in termini di quantità e valore dei beni e servizi infungibili o in esclusiva	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica	Semestrale
	<b>AGGIUDICAZIONE E STIPULAZIONE DEL CONTRATTO</b>	Mancato adempimento degli obblighi sottesi alla stipula dei contratti Aggiudicazione contratto: controllo fideiussioni	ALTO	Verifiche di legge mediante consultazione del FVOE e DURC. Rispetto delle norme relative alle pubblicazioni-trasparenza: pubblicazione risultati di gara Verifica del Registro delle fideiussioni	N. di anomalie e irregolarità riscontrate	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
	<b>ESECUZIONE DEL CONTRATTO</b>	Nomina Direttore dei Lavori (DL) e Direttore di Esecuzione (DEC) in conflitto di interessi o privo dei requisiti previsti dalla normativa vigente	ALTO	Il provvedimento di aggiudicazione/assegnazione prevede anche la nomina del DEC 1. Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dei Direttori dei Lavori (DL) Direttori di Esecuzione (DEC) 2. Rotazione	1. 100% delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse acquisite 2. N. contratti per stesso DEC/DL	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/S.C. Sistemi Informativi/S.C. Servizio Farmaceutico/S.C. Ingegneria Clinica	Semestrale
		Approvazione di modifiche /varianti in corso d'opera carenti di motivazione e mancata comunicazione all'ANAC		1. Applicazione varianti e modifiche contrattuali, solo in presenza di presupposti di legge 2. Espressione della motivazione nell'approvazione di varianti e modifiche contrattuali	1. N. di affidamenti interessati da proroga di esecuzione e varianti/rispetto al totale degli affidamenti 2. 100% motivazione nei provvedimenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Carenza di controlli e verifiche in caso di segnalazione di ritardi e/o inadempimenti		1. Presenza nel capitolato delle clausole per i controlli e inadempimenti 2. Report di analisi segnalazione inadempimenti 3. Report di analisi di applicazione delle penali	1. N. segnalazioni inadempimenti 2. N. dei contratti la cui esecuzione non ha rispettato i tempi/modalità previste previsti rispetto al totale 3. N. di penali applicate	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/S.C. Sistemi Informativi/S.C. Servizio Farmaceutico/S.C. Ingegneria Clinica	Semestrale
		Collaudo: nomina di un soggetto compiacente per una verifica sull'esecuzione del contratto meno incisiva		Verifica requisiti previsti dalla normativa vigente per i soggetti cui è affidato l'incarico di collaudo o di verifica conformità	100% dichiarazioni insussistenza incompatibilità	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale

	RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO	Rilascio del certificato di collaudo/verifica di conformità/certificato di regolare esecuzione pur in presenza di elementi che non consentirebbero il collaudo  Riconoscimento di prestazioni non previste in contratto ed eseguite in assenza di autorizzazione di spesa Liquidazione di importi non spettanti	ALTO	Verifica rilascio di certificato di collaudo Verifica collaudi rilasciati tardivamente Attività di controllo svolta ai sensi del capitolo d'oneri Rotazione di chi esegue i collaudi /verifiche di conformità  Liquidazione importi previa verifica autorizzazione	N. appalti con mancato rilascio di collaudo o collaudo tardivo e verifica liquidazioni erogate	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale
	RECLUTAMENTO DEL PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE	Mancata trasparenza nelle procedure di reclutamento dei candidati  Conflitto d'interesse commissioni giudicatrici per la selezione del personale	ALTO	Verifica avente ad oggetto l'eventuale vacanza di posti nei fabbisogni aziendali, da ricoprire attraverso procedure ad evidenza pubblica. Verifica in ordine alla prescritta compatibilità economica. Predisposizione, in conformità alle disposizioni di settore vigenti nel tempo, dei criteri di valutazione. Applicazione della normativa in materia di trasparenza.	100% delle procedure conformi 100% Pubblicazioni sul sito web area Amministrazione trasparente	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
	PRESENZA IN SERVIZIO	False attestazioni della presenza in servizio: non corrispondenza tra timbratura registrata ed effettiva presenza in servizio	ALTO	Acquisizione autodichiarazioni assenza conflitti d'interesse da parte dei commissari di concorso. Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese sui titoli posseduti a cura del responsabile del procedimento su un congruo campione definito dal Direttore di SC.	Autocertificazione scritta assenza situazioni di conflitti di interesse componenti commissione (100%)	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
	PARTECIPAZIONE DI DIPENDENTI AD EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI	Inosservanza delle disposizioni normo-contrattuali e mancata applicazione regolamento aziendale Conflitto d'interesse	ALTO	Applicazione del regolamento aziendale adottato con delibera n. 118 del 18/04/2018	100% procedure conformi	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO	Inosservanza delle disposizioni normo-contrattuali Conflitto d'interesse	BASSO	Divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, di prestare attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione attraverso i medesimi poteri per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. Inserimento nelle lettere di cessazione della medesima informativa. In tutti i contratti di assunzione di Personale dipendente viene inserita la prescritta clausola di salvaguardia. Detta clausola viene consegnata, sotto forma di informativa, ai dipendenti che cessano dal rapporto di lavoro.	100% procedure conformi	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
	ESERCIZIO POTERE DISCIPLINARE	Inosservanza delle disposizioni normo-contrattuali 1. Decadenza dell'azione disciplinare per il ritardo nell'attivazione del procedimento richiesto 2. Omessa valutazione degli elementi istruttori e/o mancato approfondimento – ove previsto – di ulteriori elementi necessari per la conclusione del procedimento 3. Mancata applicazione della sanzione comminata	MEDIO	Coinvolgimento dei Direttori /Responsabili, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di procedimenti disciplinari, anche attraverso momenti di sensibilizzazione e supporto ai Direttore/Responsabili I competenti UPD conducono i procedimenti disciplinari ai sensi di legge e del vigente CCNL, assicurando la gestione trasparente del procedimento, nel rispetto delle vigenti disposizioni in tema di protezione del dato	1. N. procedimenti attivati 2. Riscontro al RPCT da parte dell'Ufficio Procedimenti disciplinari circa i procedimenti disciplinari attivati e sanzioni irrogate con riferimento alla violazione del Codice di Comportamento e a fenomeni corruttivi 3. Diritto di accesso limitato al solo aente diritto	Presidente UPD	Semestrale
INCARICHI E NOMINE	CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI	Inosservanza delle disposizioni normo-contrattuali con particolare riferimento alla indicazione di requisiti di accesso	MEDIO	1. Applicazione della normativa con riferimento ai requisiti per l'assunzione degli incarichi. 2. Analisi contentioso avente oggetto le procedure di selezione del personale e il conferimento degli incarichi dirigenziali Applicazione della normativa in materia di trasparenza.	1. Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità e di incompatibilità per i Direttori di Struttura Complessa (100%) 2. Numero dei contentiosi aventi ad oggetto le procedure di selezione del personale e il conferimento degli incarichi dirigenziali	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
	CONFERIMENTO INCARICHI DI CONTRATTI ATIPICI	Inosservanza delle disposizioni normative vigenti con particolare riferimento alla indicazione di requisiti di accesso personalizzati e/o all'irregolare composizione delle commissioni giudicatrici, nonché al mantenimento in servizio di dipendenti privi di requisiti, alla possibilità di affidare incarichi non necessari	MEDIO	Verifica del completo rispetto delle disposizioni normative in materia di contratti atipici e puntuale applicazione del Regolamento aziendale con particolare riferimento alla composizione delle commissioni e alle procedure ad evidenza pubblica.	100% procedure conformi	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
	CONFERIMENTO INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	Conflitto d'interesse	ALTO	Controlli sistematici su tutti i dipendenti, ai quali viene richiesta periodicamente la produzione di dichiarazione sostitutiva di certificazione, atta ad appurare l'eventuale sussistenza o meno di conflitti di interesse. Interventi tempestivi ai fini di rimozione di situazioni evidenzianti conflitti di interesse.	1. n. soggetti controllati; 2. n. non conformità rilevate; 3. azioni attuate in caso di non conformità 4. 100% Autodichiarazione assenza conflitti d'interesse	S. C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Semestrale
		Conclusione di transazioni a sfavore dell'amministrazione		Utilizzo procedura di gestione dei sinistri, documentando tutti i passaggi di valutazione previsti prima della transazione (liquidazione entro la misura massima concordata in Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e validata dal Nucleo di Transazione	Verifica a campione della gestione secondo iter della procedura	S.C. Affari Generali e Legali	Semestrale

AREE DI RISCHIO GENERALI	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	GESTIONE SINISTRI	Illegittima/incongrua valutazione del quantum con illegittima/sovrastimata erogazione di risarcimenti entro l'importo della Self Insurance Retention al fine di conseguire benefici economici personali con riverbero anche sul danno erariale	MEDIO	Discussione dei casi in seno al comitato di valutazione sinistri (CVS) con condivisione delle transazioni	Schede di Orientamento Medico Legale Verbali incontro CVS	S.C. Medicina Legale	Semestrale
		CONFERIMENTO INCARICHI PROFESSIONALI	Eccessiva discrezionalità nell'affidamento degli incarichi	MEDIO	1. Utilizzo dell'Albo Consulenti Tecnici di Parte (CTP) 2. Applicazione dei criteri di rotazione degli iscritti all'albo avvocati, come segue: - Non affidare più di 3 incarichi di patrocinio nuovi all'anno al medesimo Avvocato (non sono da considerare nuovi incarichi quelli relativi a diverse fasi dello stesso giudizio) - Ogni 5 incarichi di patrocinio affidati all'esterno, almeno uno deve essere assegnato ad un avvocato che non ne ha ricevuti negli ultimi 2 anni	Verifica a campione della gestione secondo iter della procedura	S.C. Affari Generali e Legali	Semestrale
	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	PAGAMENTI	Agevolare un fornitore rispetto ad un altro, riconoscendo tempi di pagamenti ridotti rispetto ad altri fornitori	BASSO	L'Azienda dispone di un sistema procedurale volto al monitoraggio del ciclo passivo e del relativo iter di pagamento. Il processo è integralmente digitalizzato tramite il software contabile Oracle, che associa automaticamente la scadenza al momento della protocollazione.	1. Verifica trimestrale del rispetto dei tempi di pagamento 2. Pubblicazioni sul sito web area Amministrazione Trasparente dei tempi di pagamento	S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		GESTIONE E SCRITTURE CONTABILI E FLUSSI INFORMATIVI	Effettuare registrazioni di bilancio non veritiero e redigere flussi informativi non rispondenti alle rilevazioni contabili allo scopo di occultare fatti aziendali	BASSO	L'Azienda ha adottato un sistema di procedure volto a garantire la corretta rilevazione degli accadimenti gestionali. Le poste passive di bilancio vengono iscritte in contabilità a seguito di regolare ricezione della fattura che viene "confrontata" con l'ordine e quindi, in assenza di irregolarità, liquidata e poi pagata. Le poste attive di bilancio vengono iscritte in contabilità a seguito di comunicazione di avvenuta regolare esecuzione della prestazione o del sorgere del diritto all'iscrizione del ricavo.	1. Verifica trimestrale dei mastri 2. Verifica degli ordini emessi e ricevuti per i quali il fornitore non ha ancora trasmesso la fattura, riferiti all'esercizio di redazione del bilancio 3. Verifica mensile dei crediti/debiti estinti in assenza di un incasso/pagamento; Relazione annuale del responsabile S.O.	S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		SOLLECITI DI PAGAMENTI A FAVORE DELL'AZIENDA	Ritardo nella emissione dei solleciti in modo da favorire determinati soggetti	BASSO	L'Azienda ha adottato un regolamento per il recupero del credito che prevede l'invio di solleciti di pagamento a mezzo PEC o raccomandata con cadenza almeno trimestrale. Il primo sollecito richiede il pagamento da parte del debitore entro 15 giorni dalla data di invio, mentre il secondo viene inoltrato nei 30 giorni successivi alla scadenza fissata dal primo. In caso di persistente inerzia del debitore, l'Azienda intraprende tutte le azioni necessarie per il recupero coattivo del credito.	Verifica mensile dei crediti scaduti e non ancora incassati	S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		ACCETTAZIONE LASCITI, DONAZIONI E LIBERALITÀ	Inosservanza Regolamento aziendale	MEDIO	Applicazione regolamento aziendale	100% provvedimenti conformi	S.C. Gestione Acquisti	Semestrale
			Potenziale conflitto di interesse del Donante/Beneficiario		Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del donante	100% delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse acquisite e controllo a campione sul totale di dichiarazioni	S.C. Gestione Acquisti	Semestrale
			Presenza di vincolo, nel caso di attrezzature, tra l'oggetto della donazione e l'utilizzo di materiali di consumo prodotti o commercializzati dal donante		Verifica assenza di vincolo tra l'oggetto della donazione e l'utilizzo di materiali di consumo prodotti o commercializzati dal donante	100% dichiarazioni donante sull'assenza di vincolo	S.C. Gestione Acquisti	Semestrale
	RAPPORTI CONVENZIONALI ATTIVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E CONSULENZA TECNICO AMMINISTRATIVA	RAPPORTI CONVENZIONALI ATTIVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E CONSULENZA TECNICO AMMINISTRATIVA	1. Mancato interesse da parte dell'Azienda alla stipula della convenzione 2. Stipula di rapporti convenzionali con strutture pubbliche, private e private convenzionate nel mancato rispetto della normativa vigente	MEDIO	Applicazione del regolamento per la gestione delle convenzioni attive e passive (Deliberazione DG. n. 477 del 11/07/2025): 1. Verifica della presenza della motivazione di interesse per l'Azienda 2. Attività di controllo	1. Acquisizione pareri favorevoli e motivazione nel provvedimento di autorizzazione (100%) 2. Verifica: a) del possesso dei requisiti da parte delle Strutture richiedenti (100%) b) delle tariffe applicate c) della rotazione degli operatori	S.C. Area Accoglienza (Uff. Libera Professione)	Semestrale
		RAPPORTI CONVENZIONALI PASSIVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E CONSULENZA TECNICO AMMINISTRATIVA	1. Mancato interesse da parte dell'Azienda alla stipula della convenzione 2. Stipula di rapporti convenzionali con strutture pubbliche, private e private convenzionate nel mancato rispetto della normativa vigente	MEDIO	Verifica della presenza della motivazione di interesse per l'Azienda Applicazione del Capo II del regolamento per la gestione delle convenzioni attive e passive (Deliberazione DG. n. 477 del 11/07/2025) Attività di controllo: Verifica della completa compilazione del modulo b) di cui al Regolamento, da utilizzare da parte di Direttori di SS.CC: per la richiesta di convenzione passiva (motivazione, indicazione strutture ed espressione di tutti i pareri previsti)	1. Verifica nel modulo di richiesta di attivazione della convenzione passiva della presenza di motivazione, delle strutture e di tutti i pareri previsti (100%) 2. Verifica della presenza di adeguata motivazione nel caso in cui venga indicata una sola struttura sanitaria, anziché almeno 3 come da Regolamento, alla quale richiedere la prestazione (100%)	S.C. Affari Generali e Legali	Semestrale
		PRESTAZIONI INCENTIVATE	Inosservanza delle norme e del regolamento aziendale	ALTO	1. Applicazione del regolamento aziendale per la gestione dell'area a pagamento 2. Attività di controllo sui volumi di prestazioni aggiuntive e sui budget 3. Attività di controllo su timbrature e rispetto debito orario	1. Verifica sui volumi di prestazioni aggiuntive e sui budget (report mensili) 2. Verifica su timbrature e rispetto debito orario	S.C. Area Accoglienza/S.C. Direzioni Mediche di Presidio/S.C. Controllo di Gestione/S.C. Gestione e sviluppo risorse umane	Semestrale

<b>PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO</b>	PRESA IN CARICO UTENTE FRAGILE ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI (ADI)	Possibilità di influenzare l'utente e/o i familiari nella scelta del pattante ADI	MEDIO	<p>Adozione di misure atte a ridurre il rischio di orientare la scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rotazione periodica degli Erogatori accreditati per ADI sull'elenco consegnato agli utenti</li> <li>• rotazione degli operatori dedicati in ASST all'informazione/orientamento degli utenti e alla presa in carico ADI</li> <li>• Lavoro di équipe e condivisione del percorso di presa in carico con gli assistenti sociali del comune di appartenenza del paziente</li> <li>• tracciabilità del processo di valutazione dei bisogni, preliminare all'attivazione ADI: il nominativo del case manager responsabile della presa in carico viene inserito in SGDT per ogni utente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomizzazione periodica elenco Enti Erogatori</li> <li>• Turnazione operatori PUA ed EVM</li> <li>• Compilazione SGDT e indicazione case manager</li> </ul>	SS Gestione Cure Domiciliari	Semestrale
	PRESA IN CARICO UTENTE FRAGILE DIMISSIONI PROTETTE	Possibilità di influenzare l'utente e/o i familiari nella scelta della struttura di ricovero o nella scelta del pattante ADI o di altra Udo (RSA, RSD, ecc)	MEDIO	<p>Adozione di misure atte a ridurre il rischio di orientare la scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavoro di équipe e condivisione del percorso di presa in carico con gli assistenti sociali del comune di appartenenza del paziente</li> <li>• Utilizzo di unico modulo (da inviarsi a tutte le strutture) per la richiesta di disponibilità alla presa in carico</li> <li>• Tracciabilità processo sul portale regionale PRIAMO e su SGDT in caso di attivazione ADI Tracciabilità del processo su Gedi Point</li> </ul>	Utilizzo portale PRIAMO per trasferimenti verso le strutture	Distretto Legnanese Distretto Castanese Distretto Magentino Distretto Abbiatense SSD Coordinamento Disabilità	Semestrale
	PRESA IN CARICO UTENTE FRAGILE VALUTAZIONE REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA B1 PER PERSONE IN CONDIZIONI DI GRAVISSIMA DISABILITÀ	Valutazioni incongrue possono determinare ingiuste attribuzioni dei benefici connessi alla misura per coloro che non ne hanno diritto secondo la normativa vigente	MEDIO	<p>La sussistenza dei requisiti di accesso alla misura viene valutata sia attraverso verifica documentale collegiale distrettuale sia tramite visite domiciliari effettuate da équipe di valutazione multidimensionale a composizione integrata ASST- Comuni. Il lavoro di équipe, con coinvolgimento di più servizi (Disabilità e Fragilità), la condivisione del percorso di presa in carico con gli assistenti sociali del comune di appartenenza del paziente garantiscono equità nella attribuzione dei benefici.</p> <p>Le fasi del processo sono tracciabili (su applicativo SDG) e ulteriormente verificate da altro ente (ATS), che dispone l'erogazione dei benefici.</p>	Verifica semestrale a campione, da parte di ATS, di un numero pari al 10% delle "istanze accolte"	SS Gestione Cure Domiciliari SSD Coordinamento Disabilità Distretto Legnanese Distretto Castanese Distretto Magentino Distretto Abbiatense	Semestrale
	ACCERTAMENTO INVALIDITÀ CIVILE, CECITA'/SORDITA'- Legge n. 104/92	1. Valutazioni incongrue finalizzate alla concessione illegittima di benefici economici diretti e indiretti 2. Scorretta gestione liste di attesa	MEDIO	1. Validazione verbali in capo all'INPS ex art. 20 L. 78/2009 2. Download istanze da gestionale informatizzato, con assegnazione delle visite condizionata dalla data della presentazione della domanda	Rilevazioni non conformità	S.C. Medicina Legale	Semestrale
	COLLEGI MEDICO LEGALI	Riconoscimento di benefici pensionistici illegittimi Illegittima esclusione di mansioni prevista dalla qualifica professionale non gradite al lavoratore	MEDIO	Monitoraggio/verifica appropriatezza di tutti i giudizi emessi	Monitoraggio periodico	S.C. Medicina Legale	Semestrale
		Componenti Collegi		Rotazione Presidenti interni Rotazione medici del lavoro	Monitoraggio periodico	S.C. Medicina Legale	Semestrale
		Terzietà del giudizio medico-legale rispetto ai dipendenti ASST		Personale ASST valutato da collegio terzo (altra ASST) per il tramite di reciproco accordo convenzionale, anche ai sensi della DGR n. X / 5994 del 05.12.2016 e DGR X / 7600 del 20.12.2017	Monitoraggio periodico	S.C. Medicina Legale	Semestrale
<b>PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO</b>	COMMISSIONE MEDICA LOCALE	Valutazioni illegittime finalizzate alla concessione dell'idoneità al possedimento del titolo di guida di veicoli a motore	BASSO	Applicazione IUP 05_Rev0, Istruzione Operativa aziendale per l'armonizzazione della valutazione di idoneità alla guida a opera della commissione medica locale (cmi)	Relazione del responsabile di S.C. nel caso di non conformità	S.C. Medicina Legale	Semestrale
		Situazioni di incompatibilità commissione		Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% sottoscrizioni	S.C. Medicina Legale	Semestrale
		Impostazione di obiettivi di performance non conformi alle linee strategiche aziendali e agli indirizzi regionali Definizione indicatori non sfidanti, irrealistici, o facilmente raggiungibili/manipolabili o privi di una misurazione imparziale e oggettiva, per mascherare inefficienze o favorire reparti/dirigenti.		Rotazione Presidente/Vice-Presidenti / medici militari / specialisti previsti dal regolamento interno	Riconoscione semestrale n. commissioni attribuite a ciascun medico-legale, medico militare e specialista dell'ASST	S.C. Medicina Legale	Semestrale
	GESTIONE OBIETTIVI DI BUDGET	Redazione di report che minimizzano le criticità, omettono informazioni rilevanti o presentano dati in modo tendenzioso per evitare responsabilità o giustificare performance negative. Interpretazione distorta dei dati, omissione di informazioni critiche o presentazione selettiva per nascondere inefficienze o violazioni.	MEDIO	1) Collegialità nella validazione degli obiettivi (Controllo di Gestione, Direzione Strategica, Direttori Dipartimento, Direttori SC, Nucleo di Valutazione) mediante verbalizzazione incontri/sedute 2) Acquisizione delle schede di budget recanti obiettivi, indicatori e pesature, sottoscritte dai Direttori di SC	1) 100% Verbalizzazione incontri di budget 2) 100% Verbalizzazione sedute Nucleo di Valutazione 3) 100% delle schede di budget sottoscritte acquisite	SC Controllo di Gestione	Semestrale
		Inserimento di dati non veritieri (es. costi sovrastimati, ricavi sottostimati, attività non svolte) o omissione di dati al fine di alterare i risultati economici di un Centro di Responsabilità/Costo/Ricavo.	MEDIO	1) Validazione dei dati da parte di un'unità indipendente (Controllo di Gestione) 2) Coinvolgimento del Nucleo di Valutazione per la verifica della coerenza tra obiettivi e risultati.	1) N. degli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti sul totale degli obiettivi assegnati 2) Verbalizzazione sedute Nucleo di Valutazione	SC Controllo di Gestione	Semestrale
	GESTIONE CENTRI DI COSTO/RICAVO		MEDIO	Standardizzazione delle procedure di raccolta, processazione e storizziazione dei dati Pubblicazione dei costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti in Amministrazione Trasparente	% di discrepanza tra file di input e il corrispettivo in contabilità analitica 100% Pubblicazioni in Amministrazione Trasparente	SC Controllo di Gestione	Semestrale

		Assegnazione arbitraria o distorta di costi/ricavi a specifici Centri di Costo/Ricavo per migliorare artificialmente la performance di alcuni reparti/aree o per nascondere perdite/inefficienze in altri, a vantaggio di dirigenti o gruppi specifici.	MEDIO	Analisi dei costi/ricavi specifici imputati a ogni U.O.	N. di reclami interni su imputazioni percepite come inique	SC Controllo di Gestione	Semestrale
	GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI	Mancata o ritardata trasmissione di flussi che impattano sui rimborsi o sui monitoraggi di performance (es. SDO, 28 San).	MEDIO BASSO	Costante monitoraggio dell'avvenuta trasmissione dei flussi	N. di flussi non trasmessi o trasmessi in ritardo	SC Controllo di Gestione	Semestrale
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	GESTIONE AUDIT INTERNI	Omessa inclusione nel piano di audit di aree o processi ad alto rischio corruttivo o con criticità note, o enfasi su aree meno critiche, per coprire illeciti o soddisfare interessi esterni.	MEDIO	1) Approvazione del Piano di Audit con deliberazione del Direttore Generale 2) Rendicontazione a Regione del Piano di Audit	1) Evidenza dell'avvenuta deliberazione 2) Evidenza dell'avvenuta rendicontazione	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Mancata effettuazione degli audit	MEDIO	1) Monitoraggio effettuazione audit 2) Rendicontazione a Regione degli audit effettuati	1) Numero di audit effettuati sul totale degli audit programmati 2) Numero degli audit rendicontati sul totale degli audit effettuati	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Collusione tra auditor e auditati, o cedimento a pressioni/intimidazioni da parte degli auditati, per omettere o minimizzare le criticità emerse.	MEDIO	Tracciabilità delle comunicazioni tra auditor e auditati	1) Comunicazione formale delle finalità e dei confini dell'audit 2) Tracciabilità modifiche significative alle bozze dei report dopo il confronto con gli auditati	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Esecuzione superficiale o omessa delle verifiche, mancata raccolta di prove rilevanti, o alterazione/occultamento delle prove acquisite, per nascondere irregolarità o proteggere gli auditati.	MEDIO	Obbligo di evidenziare tutte le non conformità e le raccomandazioni, con priorità di rischio.	1) Verbalizzazione dell'esito dell'audit con indicazione delle non conformità/raccomandazioni/suggerimenti e della tempistica del piano di azione di miglioramento e del follow up 2) Numero di rilievi o non conformità identificati da audit interni sul totale degli audit effettuati	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Redazione di report che edulcorano le criticità, minimizzano le non conformità, o omettono la segnalazione di illeciti gravi, per proteggere individui o strutture.	MEDIO	Utilizzo di modelli standard di verbali con check list Trasmissione del report al Responsabile Internal Auditing e alla Direzione	100% verbali audit secondo formato previsto da istruzione operativa 100% report trasmessi a Responsabile IA e Direzione	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Ritardo ingiustificato nella redazione/missione del report.	MEDIO	Monitoraggio tempistica trasmissione report	N. di report trasmessi oltre i tempi previsti dalla procedura sul totale dei report trasmessi	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Omessa inclusione del Follow-up all'interno del Piano di Audit	MEDIO	1) Approvazione del Piano di Audit con deliberazione del Direttore Generale 2) Rendicontazione a Regione del Piano di Audit	1) Evidenza dell'avvenuta deliberazione 2) Evidenza dell'avvenuta rendicontazione	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Mancata effettuazione dei follow up	MEDIO	1) Monitoraggio effettuazione Follow-up 2) Rendicontazione a Regione dei Follow-up effettuati	1) Numero dei Follow-up effettuati sul totale dei Follow-up programmati 2) Numero dei Follow up rendicontati sul numero di Follow-up effettuati	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Mancato o insufficiente monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni formulate, o tolleranza di ritardi/inadempienze da parte delle strutture controllate, vanificando l'efficacia dell'audit.	MEDIO	Sistema formalizzato di Follow-up e monitoraggio dello stato di attuazione delle raccomandazioni.	Percentuale di raccomandazioni implementate vs non implementate.	Funzione Internal Audit	Semestrale
		Raccolta illecita/eccessiva/senza consenso Acquisizione di dati personali o sanitari in assenza di base giuridica, senza consenso ove richiesto, o in quantità eccessiva rispetto alle finalità dichiarate, per usi futuri impropri o illeciti.	MEDIO ALTO	Predisposizione e utilizzo di modulistica standardizzata per la raccolta del consenso (se necessario) e delle informative previo parere del DPO Supporto del DPO nella gestione dei reclami e monitoraggio degli stessi	N. delle informative diffuse e pubblicate su intranet sul totale delle informative aziendali in uso N. supporti del DPO sul totale di reclami per raccolta dati non autorizzata	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
GESTIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI	GESTIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI	Accesso abusivo/illecito a dati sensibili Accesso ai dati sanitari di pazienti (o dipendenti) senza giustificato motivo o autorizzazione, per scopi illeciti (es. vendita informazioni, spionaggio)	MEDIO ALTO	Formazione del personale sull'accesso e trattamento dei dati, sul diritto alla riservatezza e sulle conseguenze di abusi in materia.	Evidenza dell'erogazione di corsi/eventi formativi e della diffusione di contenuti informativi in materia di privacy al personale aziendale	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Mancata acquisizione deleghe al trattamento	MEDIO	Acquisizione sottoscrizione deleghe al trattamento dei dati e deleghe alla sottoscrizione delle nomine di responsabile del trattamento dei dati	100% Deleghe sottoscritte acquisite	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Mancata valutazione di impatto per non corretta valutazione del trattamento	MEDIO	Predisposizione procedura aziendale che disciplini il processo di valutazione di impatto	Procedura approvata	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Comunicazione/divulgazione illecita di dati Rivelazione o diffusione di dati sanitari sensibili a soggetti non autorizzati, dietro compenso o per ritorsione/favoritismo	MEDIO ALTO	Monitoraggio del DPO su corretta comunicazione dei dati supporto nella gestione dei data breach	1) Numero di violazioni di dati (data breach) legate a divulgazione 2) Numero di reclami da parte di interessati per diffusione illecita	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Mancanza di controlli di sicurezza fisica (serrature, telecamere, accessi limitati) che consente furto di cartelle cliniche, documenti o accesso non autorizzato a postazioni di lavoro contenenti dati sensibili Vulnerabilità dei sistemi informativi, attacchi cyber non preventi o gestiti, o mancanza di backup adeguati, che possono portare a data breach, perdita o alterazione massiva di dati per attacchi esterni o negligenza interna.	MEDIO ALTO	Previsione di politiche di accesso controllato agli archivi e ai locali e di protocolli per la custodia dei documenti cartacei mediante regolamento aziendale e monitoraggio su incidenti (furti, accessi non autorizzati)	N. di incidenti (furti, accessi non autorizzati) in locali sensibili segnalati al DPO	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Mancata o ritardata risposta alle richieste degli interessati (es. accesso cartella clinica, rettifica dati) o diniego immotivato, per occultare informazioni o ostacolare l'esercizio dei diritti	MEDIO	Registrazione di ogni richiesta e relativa risposta.	1) N. riscontri forniti rispetto al n. di richieste degli interessati 2) N. di reclami al Garante per mancata risposta/diniego.	DPO/Uff. Privacy	Semestrale

		Mancata effettuazione di audit interni o effettuazione di audit per coprire illeciti o soddisfare interessi esterni	MEDIO	Programmazione ed effettuazione di audit interni	1) Programma di audit privacy, proposto dal DPO, recante le strutture/servizi oggetto di controllo, approvato dal Direttore Generale 2) N. di audit svolti rispetto agli audit programmati 3) 100% verbalizzazione degli audit effettuati	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
		Mancata o ritardata segnalazione di una violazione dei dati personali all'Autorità Garante e/o agli interessati, per evitare sanzioni o danno reputazionale	MEDIO ALTO	Obbligo di segnalazione immediata di data breach	1) N. di data breach rilevati ma non notificati o notificati in ritardo rispetto al totale dei data breach rilevati e da notificare al Garante 2) N. di sanzioni del Garante per data breach e/o per mancate o tardive notifiche	DPO/Uff. Privacy	Semestrale
LISTE DI ATTESA	LISTE ATTESA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE RICOVERI	Mancato rispetto delle liste di attesa per ambito dei ricoveri	ALTO	1) Pubblicazione su Amministrazione trasparente dei dati sui tempi di attesa aggiornati mensilmente 2) Monitoraggio segnalazioni degli utenti circa il rispetto dei tempi di attesa	1. Pubblicazione dei criteri per la formazione delle liste di attesa e dei tempi di attesa in Amministrazione Trasparente secondo le linee di indirizzo ministeriali e regionali 2. N. di segnalazioni utenti pervenute circa il mancato rispetto dei tempi di attesa	S.C. Direzioni Mediche di Presidio	Semestrale
	LISTE ATTESA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI	Mancato rispetto delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali	ALTO	Adempimenti correlati alle DGR n 7475/2022, n. 7819/2023, n. 61/2023, n. 88/2023 e n. 511/2023, n. 2224/2024, n.2756/2024, n. 4556/2025 e n. 5057/2025 ed alle successive indicazioni ministeriali e regionali	1. Predisposizione di reportistica mensile/trimestrale dal cruscotto indicatori riduzione tempi di attesa (agende aggiuntive attivate e relativo tasso di saturazione, attivazione posti in overbooking, tempi di attesa rilevati) 2. Attivazione agende per prestazioni aggiuntive 3. Pubblicazione dei criteri per la formazione delle liste di attesa e dei tempi di attesa in Amministrazione Trasparente secondo le linee di indirizzo ministeriali e regionali	S.C. Area Accoglienza	Semestrale
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE AMBULATORIALE	Inosservanza delle norme e del regolamento aziendale Esercizio attività libero professionale superiore a quella istituzionale	MEDIO	1. Applicazione del regolamento aziendale adottato con delibera n. 521/2021 e attività di controllo con la collaborazione delle strutture coinvolte 2. Monitoraggio trimestrale dei volumi di attività	Relazione trimestrale alla Direzione Strategica ed alla Commissione Paritetica con rapporto tra attività ALPI e prestazioni istituzionali	S.C. Area Accoglienza (Uff. Libera Professione)	Semestrale
		Attività svolta senza preventiva autorizzazione Violazione dei limiti dei volumi di attività libero professionale vs quella istituzionale Attività svolta durante orario di servizio		1. Introduzione del sistema di timbratura mediante APP per attività libero professionale svolta presso studi esterni autorizzati (intramoenia allargata) 2. Autorizzazione attività negli orari secondo Regolamento - controlli timbrature	1. Controllo a campione timbratura effettuata verso orari/giorni autorizzati per attività ambulatoriale svolta in regime di libera professione intramuraria 2. Controllo dei volumi orari erogati dai singoli professionisti, tramite estrazione dell'applicativo aziendale Sigma	S.C. Area Accoglienza (Uff. Libera Professione)	Semestrale
	Carenza controlli attività LP	ALTO	Implementazione sistema di controllo tra prenotato/eseguito e pagato	Applicazione del modello di controllo prenotato/pagato/eseguito approvato dalla Commissione Paritetica	S.C. Area Accoglienza (Uff. Libera Professione)	Semestrale	
	ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI IN REGIME DI RICOVERO	Non corrispondenza tra i nominativi degli operatori risultanti nel registro operatorio e la modulistica inoltrata all'Ufficio di libera professione per il pagamento delle equipes	MEDIO	Applicazione del regolamento aziendale e attività di controllo con la collaborazione delle strutture coinvolte	1. Controllo cartelle 100% per liquidazione dei compensi. 2. Verifica corrispondenza dei nominativi tra consuntivo economico e registro Ormaweb per tutti gli interventi effettuati in libera professione	S.C. Area Accoglienza (Uff. Libera Professione)	Semestrale
		Selezione arbitraria. Favorire aziende farmaceutiche non basandosi sul merito scientifico o sulle capacità, ma su relazioni personali e/o vantaggi indebiti	MEDIO	Previsione di regolamento che definisca i criteri per la selezione dei centri e dei ricercatori, basati su esperienza, infrastrutture, casistica e risultati scientifici precedenti	Pubblicazione regolamento aziendale su sito internet	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor/finanziatori di sperimentazioni profit	MEDIO ALTO	1. Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte degli sperimentatori 2. Acquisizione del parere del Comitato Etico che ricomprende la valutazione del DOI	100% valutazioni di fattibilità tecnica ed economica acquisiti	Trial Office	Semestrale
		Inesatta valutazione dei costi necessari per lo svolgimento della sperimentazione/studio	MEDIO BASSO	1. Attenta valutazione della copertura dei costi (compresi i costi indiretti e le spese generali) per la fattibilità economica della sperimentazione/studio che non dovrà comportare oneri aggiuntivi a carico del SSN.	1. Acquisizione per tutti gli Studi sia interventistici, sia non interventistici (100%) della "Dichiarazione di interessi" (DOI) sottoscritta dallo Sperimentatore Principale 2. Acquisizione 100% pareri Comitato Etico	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Svolgimento attività senza preventiva autorizzazione	MEDIO	Adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione di sperimentazione/studio	100% adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione sperimentazione/studio	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Redazione contratto/convenzione con clausole in danno per l'Azienda	MEDIO	Utilizzo modelli contrattuali AIFA	100% utilizzo dei modelli AIFA aggiornati per i contratti relativi alle sperimentazioni esclusi i DTA (DTA Transfer Agreement) per i quali non è previsto alcun modello.	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale

<b>FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, Sperimentazioni e sponsorizzazioni</b>	<b>Sperimentazioni interventistiche profit</b>			Approvazione della sottoscrizione della convenzione/contratto da parte del Direttore Generale.	100% contratti/convenzioni approvati e sottoscritti da Direttore Generale	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Mancato rispetto dei protocolli sperimentali (rischio di prestazioni ulteriori)	MEDIO BASSO	Applicazione delle procedure e dei criteri previsti dal protocollo	1. Numero di deviazioni dal protocollo (minori e maggiori) 2.Verifica a campione delle prestazioni effettuate dai pazienti inseriti negli studi con le prestazioni aggiuntive	Trial Office	Semestrale
		Doppio finanziamento su medesima prestazione	MEDIO BASSO	Verifica assenza doppio finanziamento	Presenza di impegnativa bianca per 100% esami/prestazioni effettuate nell'ambito della sperimentazione	Trial Office	Semestrale
		Violazione dei limiti dei volumi di attività di sperimentazione rispetto a quella istituzionale	MEDIO	Indicazione della stima del monte ore necessario per l'effettuazione dell'attività di sperimentazione all'interno del documento di fattibilità locale validato dal responsabile SC e dal DS	100% documenti di fattibilità recante monte ore	Trial Office	Semestrale
		Fatturazione e rimborso costi/spese di importo inferiore agli effettivi oneri sostenuti	MEDIO	1.Verifica dei costi rilevati, comprensivi delle prestazioni sanitarie aggiuntive, e conferma dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità all'emissione della fattura che dovrà avvenire in conformità a quanto stipulato nel contratto. 2. Applicazione procedura PAC Aziendale	100% fatture emesse previa conferma SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trial Office SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		Abuso nella ripartizione dei proventi	MEDIO BASSO	Applicazione regolamento aziendale in fase di distribuzione di proventi	Proventi ripartiti nel rispetto del regolamento per il 100% delle sperimentazioni profit	Trial Office SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
	<b>Sperimentazioni interventistiche non profit</b>	Selezione arbitraria. Favore centri di ricerca non basandosi sul merito scientifico o sulle capacità, ma su relazioni personali e/o vantaggi indebiti	MEDIO	Previsione di regolamento che definisca i criteri per la selezione dei centri e dei ricercatori, basati su esperienza, infrastrutture, casistica e risultati scientifici precedenti	Pubblicazione regolamento aziendale su sito internet	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor/finanziatori di sperimentazioni profit		Acquisizione della valutazione di fattibilità tecnica economica a cura dello sperimentatore, del Direttore di SC, Trial Office e del Direttore Sanitario	100% valutazioni di fattibilità tecnica ed economica acquisiti	Trial Office	Semestrale
		Inesatta valutazione dei costi necessari per lo svolgimento della sperimentazione/studio	MEDIO ALTO	Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte degli sperimentatori	Acquisizione per tutti gli Studi sia interventistici, sia non interventistici (100%) della "Dichiarazione di interessi" (DOI) sottoscritta dallo Sperimentatore Principale	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Svolgimento attività senza preventiva autorizzazione	MEDIO BASSO	Attenta valutazione della copertura dei costi (compresi i costi indiretti e le spese generali) per la fattibilità economica della sperimentazione/studio che non dovrà comportare oneri aggiuntivi a carico del SSN.	100% verifica congruità budget con tariffario e costo orario del professionista per ogni sperimentazione/studio	Trial Office SC Controllo di Gestione	Semestrale
		Redazione contratto/convenzione con clausole in danno per l'Azienda	MEDIO	Adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione di sperimentazione/studio	100% adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione sperimentazione/studio	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Mancato rispetto dei protocolli sperimentali (rischio di prestazioni ulteriori)		Utilizzo modelli contrattuali AIFA	100% utilizzo dei modelli AIFA aggiornati per i contratti relativi alle sperimentazioni esclusi i DTA (DTA Transfer Agreement) per i quali non è previsto alcun modello.	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Doppio finanziamento su medesima prestazione	MEDIO BASSO	Applicazione delle procedure e dei criteri previsti dal protocollo	1. Numero di deviazioni dal protocollo (minori e maggiori) 2.Verifica a campione delle prestazioni effettuate dai pazienti inseriti negli studi con le prestazioni aggiuntive	Trial Office	Semestrale
		Violazione dei limiti dei volumi di attività di sperimentazione rispetto a quella istituzionale	MEDIO	Indicazione della stima del monte ore necessario per l'effettuazione dell'attività di sperimentazione all'interno del documento di fattibilità locale validato dal responsabile SC e dal DS	100% documenti di fattibilità recante monte ore	Trial Office	Semestrale
		Fatturazione e rimborso costi/spese di importo inferiore agli effettivi oneri sostenuti	MEDIO	1.Verifica dei costi rilevati, comprensivi delle prestazioni sanitarie aggiuntive, e conferma dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità all'emissione della fattura che dovrà avvenire in conformità a quanto stipulato nel contratto. 2. Applicazione procedura PAC Aziendale	100% fatture emesse previa conferma SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trial Office SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		Abuso nella ripartizione dei proventi	MEDIO BASSO	Applicazione regolamento aziendale in fase di distribuzione di proventi	Proventi ripartiti nel rispetto del regolamento per il 100% delle sperimentazioni profit	Trial Office	Semestrale
	<b>Selezione arbitraria. Favore aziende farmaceutiche non basandosi sul merito scientifico o sulle capacità, ma su relazioni personali e/o vantaggi indebiti</b>	Selezione arbitraria. Favore aziende farmaceutiche non basandosi sul merito scientifico o sulle capacità, ma su relazioni personali e/o vantaggi indebiti	MEDIO	Previsione di regolamento che definisca i criteri per la selezione dei centri e dei ricercatori, basati su esperienza, infrastrutture, casistica e risultati scientifici precedenti	Pubblicazione regolamento aziendale su sito internet	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Acquisizione della valutazione di fattibilità tecnica economica a cura dello sperimentatore, del Direttore di SC, Trial Office e del Direttore Sanitario		100% valutazioni di fattibilità tecnica ed economica acquisiti	Trial Office		Semestrale

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	STUDI CLINICI OSSERVAZIONALI PROFIT	Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor/finanziatori di sperimentazioni profit	MEDIO ALTO	1. Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte degli sperimentatori 2. Acquisizione del parere del Comitato Etico che ricomprende la valutazione del DOI	1. Acquisizione per tutti gli Studi sia interventistici, sia non interventistici (100%) della "Dichiarazione di interessi" (DOI) sottoscritta dallo Sperimentatore Principale 2. 100% pareri CE	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Inesatta valutazione dei costi necessari per lo svolgimento della sperimentazione/studio	MEDIO	Attenta valutazione della copertura dei costi (compresi i costi indiretti e le spese generali) per la fattibilità economica della sperimentazione/studio che non dovrà comportare oneri aggiuntivi a carico del SSN.	100% verifica congruità budget con tariffario e costo orario del professionista per ogni sperimentazione/studio	Trial Office	Semestrale
		Svolgimento attività senza preventiva autorizzazione	MEDIO	Adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione di sperimentazione/studio	100% adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione sperimentazione/studio	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Redazione contratto/convenzione con clausole in danno per l'Azienda	MEDIO	Approvazione della sottoscrizione della convenzione/contratto da parte del Direttore Generale.	100% contratti/convenzioni approvati e sottoscritti da Direttore Generale	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Mancato rispetto dei protocolli sperimentali	MEDIO BASSO	Applicazione delle procedure e dei criteri previsti dal protocollo	1. Numero di deviazioni dal protocollo (minori e maggiori) 2.Verifica a campione delle prestazioni effettuate dai pazienti inseriti negli studi con le prestazioni aggiuntive	Trial Office	Semestrale
		Violazione dei limiti dei volumi di attività di sperimentazione rispetto a quella istituzionale	MEDIO	Indicazione della stima del monte ore necessario per l'effettuazione dell'attività di sperimentazione all'interno del documento di fattibilità locale validato dal responsabile SC e dal DS	100% documenti di fattibilità recante monte ore	Trial Office	Semestrale
		Fatturazione e rimborso costi/spese di importo inferiore agli effettivi oneri sostenuti	MEDIO	1.Verifica dei costi rilevati, comprensivi delle prestazioni sanitarie aggiuntive, e conferma dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità all'emissione della fattura che dovrà avvenire in conformità a quanto stipulato nel contratto. 2. Applicazione procedure PAC Aziendale	100% fatture emesse previa conferma SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trial Office SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Semestrale
		Abuso nella ripartizione dei proventi	MEDIO BASSO	Applicazione regolamento aziendale in fase di distribuzione di proventi	Proventi ripartiti nel rispetto del regolamento per il 100% delle sperimentazioni profit	Trial Office	Semestrale
		Selezione arbitraria. Favorire centri di ricerca non basandosi sul merito scientifico o sulle capacità, ma su relazioni personali e/o vantaggi indebiti	MEDIO	Previsione di regolamento che definisca i criteri per la selezione dei centri e dei ricercatori, basati su esperienza, infrastrutture, casistica e risultati scientifici precedenti	Pubblicazione regolamento aziendale su sito internet	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor/finanziatori di sperimentazioni profit	MEDIO ALTO	Obbligo della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte degli sperimentatori Acquisizione del parere del Comitato Etico che ricomprende la valutazione del DOI	Acquisizione per tutti gli Studi sia interventistici, sia non interventistici (100%) della "Dichiarazione di interessi" (DOI) sottoscritta dallo Sperimentatore Principale 100% pareri CE	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO	UTILIZZO CAMERA MORTUARIA IN AMBITO OSPEDALIERO	Svolgimento attività senza preventiva autorizzazione	MEDIO	Adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione di sperimentazione/studio	100% adozione Delibera di autorizzazione all'esecuzione sperimentazione/studio	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Redazione contratto/convenzione con clausole in danno per l'Azienda	MEDIO BASSO	Approvazione della sottoscrizione della convenzione/contratto da parte del Direttore Generale.	100% contratti/convenzioni approvati e sottoscritti da Direttore Generale	Trial Office SC Affari Generali e Legali	Semestrale
		Mancato rispetto dei protocolli sperimentali	MEDIO BASSO	Applicazione delle procedure e dei criteri previsti dal protocollo	1. Numero di deviazioni dal protocollo (minori e maggiori) 2.Verifica a campione delle prestazioni effettuate dai pazienti inseriti negli studi con le prestazioni aggiuntive	Trial Office	Semestrale
		Violazione dei limiti dei volumi di attività di sperimentazione rispetto a quella istituzionale	MEDIO	Indicazione della stima del monte ore necessario per l'effettuazione dell'attività di sperimentazione all'interno del documento di fattibilità locale validato dal responsabile SC e dal DS	100% documenti di fattibilità recante monte ore	Trial Office	Semestrale
		Inosservanza regolamento aziendale da parte del personale obitorio Rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi conseguenti ai decessi Indebita comunicazione di decesso ad impresa di Pompe Funebri da parte di operatori dell'ospedale Accettazione impropria di regalie, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni /compiti	MEDIO	Effettuazione audit di verifica	Audit per verificare applicazione regolamento	S.C. Direzioni Mediche di Presidio	Semestrale
		ART. 48 D.L. 77/2021 (SEMPLIFICAZIONI IN MATERIA DI AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PUBBLICI PNRR E PNC)	ALTO	1. Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando.	1. N. procedure negoziate senza bando sul totale aggiudicazioni appalti finanziati dal PNRR	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici		2. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione. 3. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	2. Motivazione nel 100% dei provvedimenti		

GESTIONE FONDI PNRR E FONDI STRUTTURALI	PROCEDURA DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEGLI APPALTI	ART. 48 D.L. 77/2021 (SEMPLIFICAZIONI IN MATERIA DI AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PUBBLICI PNRR E PNC)	ALTO	Tracciare le procedure negoziata senza previa pubblicazione del bando affidate in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.	Produzione di report aggregato per operatori economici aggiudicatari	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
		Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi.	ALTO				
		Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.	ALTO				
		ART. 48 D.L. 77/2021 (SEMPLIFICAZIONI IN MATERIA DI AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PUBBLICI PNRR E PNC)	ALTO	Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi.	Monitoraggio del 100% delle procedure con segnalazione di eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione programmati	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale
	ART. 53, d.l. n. 77/2021 SEMPLIFICAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI INFORMATICI STRUMENTALI ALLA REALIZZAZIONE DEL PNRR E IN MATERIA DI PROCEDURE DI E-PROCUREMENT E ACQUISTO DI BENI E SERVIZI INFORMATICI.	Artificioso allungamento dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza	ALTO				
		1. Impropero ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia.	ALTO	1. Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE 2. Analisi delle procedure negoziate	1. Motivazione nel 100% dei provvedimenti 2. Analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari 3. Rispetto delle disposizioni ministeriali relative alla realizzazione del PNRR M6c2 1.1.1 ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero e del PNRR M1c1 - 1.1 'infrastrutture digitali e abilitazione al cloud'	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Sistemi Informativi	Semestrale
		2. Ricorso eccessivo e inappropriato alla procedura negoziata anche per esigenze che potrebbero essere assolte anche con i tempi delle gare aperte	ALTO				
		ART. 53, d.l. n. 77/2021 SEMPLIFICAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI INFORMATICI STRUMENTALI ALLA REALIZZAZIONE DEL PNRR E IN MATERIA DI PROCEDURE DI E-PROCUREMENT E ACQUISTO DI BENI E SERVIZI INFORMATICI.	ALTO	Applicazione di misure volte a monitorare il rispetto del principio di rotazione degli inviti	1. Verifica circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari. 2. Pubblicazione, all'esito delle procedure, dei nominativi degli operatori economici consultati dalla SA. 3. Rispetto delle disposizioni ministeriali relative alla realizzazione del PNRR M6c2 1.1.1 ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero e del PNRR M1c1 - 1.1 'infrastrutture digitali e abilitazione al cloud'	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Sistemi Informativi	Semestrale
		1. Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	ALTO				
ESECUZIONE DEL CONTRATTO D'APPALTO	Irregolarità amministrativo-contabili	ALTO	Controlli ordinari di regolarità amministrativo-contabili previsti dalla normativa vigente per la parte di competenza	n. di irregolarità riscontrate	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	Mancato rispetto delle condizionalità specifiche, dei principi trasversali PNRR e del principio DNSH a di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto	ALTO	Misure ex ante per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH e di tutti i requisiti e principi trasversali del PNRR nonché di quelli connessi alla misura (investimento) a cui è associato il progetto oggetto di procedura di gara	100% Motivazione provvedimenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	situazioni di incompatibilità/conflitto di interessi personale	ALTO	Misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interessi	1. 100% acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interessi personale coinvolto	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	Verifica titolare effettivo	ALTO	Misure ex ante di verifica titolare effettivo	1. 100% acquisizione DGUE 2. 100% acquisizione dichiarazione titolare effettivo	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	ART. 50, co. 4, D.L. 77/2021 PREMIO DI ACCELERAZIONE	ALTO	Tracciamento degli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione	Verifica sul 100% dei lavori per i quali viene richiesto il premio di accelerazione	S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale	
	Mancato rispetto delle condizionalità specifiche, dei principi trasversali PNRR e del principio DNSH a di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto	ALTO	Verifiche sul rispetto delle condizionalità specifiche, dei principi trasversali PNRR e del principio DNSH a di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso il contributo all'indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali	100% Motivazione provvedimenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	Irregolarità amministrativo-contabili	ALTO	Controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente; Controlli interni di gestione ordinari	1. Attestazione regolare esecuzione 2. Approvazione SAL 3. Emissione fature 4. Atti di liquidazione e pagamenti	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	
	Mancata rendicontazione spese sostenute	ALTO	Registrazione sul sistema dei dati relativi alle spese sostenute e/o ai costi maturati	100% Registrazione dati sul portale ReGIS	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale	

	RENDICONTAZIONE DELLE SPESE ALL'AMMINISTRAZIONE CENTRALE	Irregolarità amministrativo-contabili	ALTO	Attestazione sul sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente	100% Registrazione dati sul portale ReGiS	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale
		situazioni di incompatibilità/conflitto di interessi personale coinvolto	ALTO	Attestazione sul sistema di attuazione delle misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interessi	100% Registrazione dati sul portale ReGiS	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale
		Rendicontazione verifica titolare effettivo	ALTO	Attestazione sul sistema delle misure ex ante di verifica sul titolare effettivo	100% Registrazione dati sul portale ReGiS	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale
		Rendicontazione misure il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR	ALTO	Attestazione sul sistema delle misure per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso l'eventuale contributo all'indicatore comune	100% Registrazione dati sul portale ReGiS	S.C. Gestione Acquisti/S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Ingegneria Clinica/SC Sistemi Informativi	Semestrale

Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile competente alla produzione dei dati	Responsabile competente alla pubblicazione dei dati	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link</a> alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <a href="#">link</a> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo
		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo

	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessionari o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016		
	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	

		<p>Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)</p> <p>2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p>	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		<p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalse esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)</p>	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		<p>4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]</p>	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Annuale
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Organizzazione	<p>Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p> <p>Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>	<p>1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]</p> <p>2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p> <p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)</p> <p>4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]</p>	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
			DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
			DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	DATI RIPORTATI NELLA SEZIONE INCARICHI DIRIGENZIALI DI VERTICE	Annuale
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno

		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Responsabile della struttura competente	Referente Comunicazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma  (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Responsabile della struttura competente	Referente Comunicazione			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Responsabile della struttura competente	Referente Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti perceptorii, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Per ciascun titolare di incarico:					
		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Singoli consulenti o collaboratori	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali		Singoli consulenti o collaboratori	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)		Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Personale	<p>Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982</p> <p>Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013</p> <p>Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013</p> <p>Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]</p> <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico</p> <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico</p> <p>Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica</p>	<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Annuale</p>	
			<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)</p>	
			<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)</p>	
			<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Annuale (non oltre il 30 marzo)</p>	
	<p>Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001</p> <p>Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004</p>	<p>Elenco posizioni dirigenziali discrezionali</p> <p>Posti di funzione disponibili</p> <p>Ruolo dirigenti</p>	<p>Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione</p> <p>Numeri e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta</p> <p>Ruolo dei dirigenti</p>	<p>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016</p>	<p>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016</p>	<p>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Tempestivo</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Annuale</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
	<p>Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo</p> <p>Curriculum vitae</p> <p>Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica</p> <p>Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici</p> <p>Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti</p> <p>Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
				<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
				<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>
				<p>Titolare incarico</p>	<p>Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p>	<p>Nessuno</p>

	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Titolare incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 8, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Contratti integrativi Costi contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CiViT n. 12/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi Curricula Compensi	Responsabile SC Controllo di Gestione Titolare incarico Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori*	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiViT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Performance			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Benessere organizzativo	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	
				1) ragione sociale	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)

		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascuna delle società:	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			1) ragione sociale	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			3) durata dell'impegno	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfondibilità dell'incarico ( <i>link</i> al sito dell'ente)	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link</i> al sito dell'ente)	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Non risultano Enti pubblici vigilati riconducibili all'ASST OVEST MILANESE.	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)



	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Referente per la Fondazione	Referente per la Fondazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)			<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali		
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <a href="#">link</a> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2017
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 (art. 4, co. 3)	Art. 30, d.lgs. 36/2023	Automatizzazione delle procedure	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche
			Acquisizione interesse realizzazione opere incompiute	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo

	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Mancata redazione programmazione	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori  Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 168, d.lgs. 36/2023	Documenti sul sistema di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
	Art. 169, d.lgs. 36/2023	Gravi illeciti professionali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u>  Atti eventualmente adottati recanti l'elenco delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u>  Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Annuale
Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato)  2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato)  3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato  Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo

	Art. 82, d.lgs. 36/2023  Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Commissioni giudicatrici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
Bandi di gara e contratti	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )	Pari opportunità e inclusione lavorativa	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati  Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
Affidamento	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Affidamenti Servizi pubblici locali (SPL)	1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);  2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);  3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;  4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2);  5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio Consultivo Tecnico (CCT)	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo

Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linea guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati  1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti  2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti di sponsorizzazione		Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza		1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023	Finanza di progetto		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Acquisti Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo

	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabella creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Al momento non sussistono le fattispecie	Al momento non sussistono le fattispecie	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsioni di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Responsabile SC Controllo di Gestione	Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Direttore Amministrativo/suo delegato	Direttore Amministrativo/suo delegato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Direzioni Mediche di Presidio Responsabili Servizi Territoriali	Referente Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo

Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Responsabile SC Controllo di Gestione)	Responsabile SC Controllo di Gestione)	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Responsabile Unico Aziendale dei tempi di Attesa (RUA) Responsabile SC Area Accoglienza Direttori Direzioni Mediche	Responsabile Unico Aziendale dei tempi di Attesa (RUA) Responsabile SC Area Accoglienza Responsabile SC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Responsabile/Referente Comunicazione	Responsabile/Referente Comunicazione	Tempestivo
Pagamenti dell' Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Responsabile SC Area Accoglienza	Responsabile SC Area Accoglienza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

<b>Opere pubbliche</b>	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <a href="#">link</a> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premiali edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igtropi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

<b>Informazioni ambientali</b>	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
			Accordi intrecciati con le strutture private accreditate	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	L'argomento di cui alla presente sezione non rientra nella mission Aziendale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013  Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013  Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/responsabile del procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Altri contenuti</b>	Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Annuale
		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo

Altri contenuti	Prevenzione della corruzione	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Responsabile SC Affari Generali e Legali	Semestrale
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Responsabile SC Sistemi informativi	Responsabile SC Sistemi informativi	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Responsabile SC Sistemi informativi	Responsabile SC Sistemi informativi	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del televotatore" nella propria organizzazione	Responsabile SC Sistemi informativi Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Responsabile SC Sistemi informativi Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	Responsabile della struttura competente/Responsabile del procedimento	....
------------------------	-----------------------	---	---	--	---	---	------

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal d.lgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del d.lgs 33/2013)

CATEGORIA	FTE e costi 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC		
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali						
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica												
DIPENDENTI	Raggruppamento profili																	
	DIRIGENZA MEDICA	631,31	24,50	81,77	225,86	147,50	2,75	0,00	5,84	45,98	0,00	0,00	21,83	76,40	707,71			
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
	DIRIGENZA SANITARIA	36,33	0,00	0,00	0,00	0,00	5,51	0,52	1,00	20,96	0,00	0,00	10,02	38,01	74,34			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00			
	DIRIGENZA TECNICA	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,13	16,13			
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>692,64</b>	<b>24,50</b>	<b>81,77</b>	<b>225,86</b>	<b>147,50</b>	<b>8,26</b>	<b>0,52</b>	<b>6,84</b>	<b>66,94</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>32,98</b>	<b>115,54</b>	<b>808,18</b>	<b>84.368.752</b>	<b>862.290</b>	
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)	1.406,64	118,11	217,64	465,20	221,76	32,35	4,69	17,08	75,70	0,00	0,00	61,76	191,58	1.598,22			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,70	49,70		
	OSTETRICA	67,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,63	13,63	81,16			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	227,96	0,00	7,00	4,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	3,00	230,96			
	ASSISTENTI SANITARI	3,19	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,75	0,00	0,00	0,00	5,83	7,58	10,77			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	64,99	0,00	1,00	30,32	0,00	8,58	6,59	1,08	58,40	0,00	0,00	41,02	115,67	180,66			
	ASSISTENTI SOCIALI	1,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,18	0,00	0,00	15,45	0,00	0,00	16,19	47,82	49,62		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	198,48	0,00	1,10	3,80	2,83	1,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	3,92	7,92	206,40			
	OTA	27,25	4,00	2,00	4,00	5,36	0,83	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	6,00	8,83	36,08			
	OSS	531,07	38,40	60,46	181,28	94,56	3,00	1,00	2,00	9,26	0,00	0,00	27,37	42,63	573,70			
	AUSILIARI	25,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00			
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	320,58	0,00	1,00	3,66	2,00	5,82	1,00	3,50	4,58	0,00	6,92	60,61	82,43	403,01			
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.878,49</b>	<b>160,51</b>	<b>292,20</b>	<b>694,26</b>	<b>327,51</b>	<b>117,46</b>	<b>15,28</b>	<b>26,41</b>	<b>168,39</b>	<b>0,00</b>	<b>6,92</b>	<b>236,33</b>	<b>570,79</b>	<b>3.449,28</b>	<b>147.511.515</b>	<b>5.023.281</b>	
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.571,13</b>	<b>185,01</b>	<b>373,97</b>	<b>920,12</b>	<b>475,01</b>	<b>125,72</b>	<b>15,80</b>	<b>33,25</b>	<b>235,33</b>	<b>0,00</b>	<b>6,92</b>	<b>269,31</b>	<b>686,33</b>	<b>4.257,46</b>	<b>231.880.267</b>	<b>5.885.571</b>	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	1,20		0,60	0,60									0,00	1,20			
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA SANITARIA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA TECNICA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>1,20</b>	<b>0,00</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1,20</b>	<b>259.471</b>			
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)													0,00	0,00			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,00	0,00			
	OSTETRICA													0,00	0,00			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SANITARI													0,00	0,00			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00	0,00			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SOCIALI													0,00	0,00			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,00	0,00			
	OTA													0,00	0,00			
	OSS													0,00	0,00			
	AUSILIARI													0,00	0,00			
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00	0,00			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00	0,00			
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,00	0,00			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>			
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1,20</b>	<b>0,00</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1,20</b>	<b>259.471</b>	<b>0</b>	

CATEGORIA	FTE e costi 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC		
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			pronto soccorso	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	
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)	Raggruppamento profili																	
	DIRIGENZA MEDICA	27,67				14,80	12,87			0,93				4,53	5,46	33,13		
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA SANITARIA													3,87	3,87	3,87		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA TECNICA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>27,67</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14,80</b>	<b>12,87</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,93</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>8,40</b>	<b>9,33</b>	<b>37,00</b>	<b>2.514.113</b>	
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)													0,00	0,00			
	INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,00	0,00			
	OSTETRICA													0,00	0,00			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SANITARI													0,00	0,00			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00	0,00			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SOCIALI													0,00	0,00			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,00	0,00			
	OTA													0,00	0,00			
	OSS													0,00	0,00			
	AUSILIARI													0,00	0,00			
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00	0,00			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00	0,00			
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,00	0,00			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>27,67</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14,80</b>	<b>12,87</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,93</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>8,40</b>	<b>9,33</b>	<b>37,00</b>	<b>2.514.113</b>	<b>0</b>
Sumministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA SANITARIA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00	0,00			
	DIRIGENZA TECNICA													0,00	0,00			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)	5,16				5,16								0,00	5,16			
	INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,00	0,00			
	OSTETRICA													0,00	0,00			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SANITARI													0,00	0,00			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00	0,00			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00	0,00			
	ASSISTENTI SOCIALI													0,00	0,00			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	9,04												0,00	9,04			
	OTA													0,00	0,00			
	OSS	3,87	1,29	1,29	1,29									0,00	3,87			
	AUSILIARI													0,00	0,00			
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00	0,00			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00	0,00			
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,00	0,00			
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00	0,00			
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>18,07</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>	<b>6,45</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>18,07</b>	<b>1.379.588</b>	
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>18,07</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>	<b>6,45</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>18,07</b>	<b>1.379.588</b>	<b>0</b>

CATEGORIA	FTE e costi 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO				
Incarichi di lavoro autonomo	Raggruppamento profili																
	DIRIGENZA MEDICA	10,40	3,10		5,72	1,58	6,49		0,57			1,20	8,26	18,66			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA SANITARIA								26,75			26,75	26,75				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,00	0,00				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	1,56										0,00	1,56				
	DIRIGENZA TECNICA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,92										0,00	0,92				
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>12,88</b>	<b>3,10</b>	<b>0,00</b>	<b>5,72</b>	<b>1,58</b>	<b>6,49</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>27,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1,20</b>	<b>35,01</b>	<b>47,89</b>	<b>1.471.830</b>	
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)	1,29			1,29		2,11					2,11	3,40				
	INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)											0,00	0,00				
	OSTETRICA											0,00	0,00				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								1,48			0,53	2,01	2,01			
	ASSISTENTI SANITARI											0,00	0,00				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE											0,00	0,00				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								11,84			11,84	11,84				
	ASSISTENTI SOCIALI											0,00	0,00				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	1,75										0,00	1,75				
	OTA											0,00	0,00				
	OSS											0,00	0,00				
	AUSILIARI											0,00	0,00				
	ASSISTENTE RELIGIOSO											0,00	0,00				
	PERSONALE AMMINISTRATIVO											0,00	0,00				
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE											0,00	0,00				
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,00	0,00				
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>3,04</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1,29</b>	<b>0,00</b>	<b>2,11</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>13,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,53</b>	<b>15,96</b>	<b>19,00</b>	<b>500.598</b>	
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>15,92</b>	<b>3,10</b>	<b>0,00</b>	<b>7,01</b>	<b>1,58</b>	<b>8,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>40,64</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1,73</b>	<b>50,97</b>	<b>66,89</b>	<b>1.972.428</b>	<b>0</b>
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA SANITARIA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,00	0,00				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,00	0,00				
	DIRIGENZA TECNICA											0,00	0,00				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,00	0,00				
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
	PERSONALE INFERNERISTICO (escluso IFeC)											0,00	0,00				
	INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)											0,00	0,00				
	OSTETRICA											0,00	0,00				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO											0,00	0,00				
	ASSISTENTI SANITARI											0,00	0,00				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE											0,00	0,00				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE											0,00	0,00				
	ASSISTENTI SOCIALI											0,00	0,00				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO											0,00	0,00				
	OTA											0,00	0,00				
	OSS											0,00	0,00				
	AUSILIARI											0,00	0,00				
	ASSISTENTE RELIGIOSO											0,00	0,00				
	PERSONALE AMMINISTRATIVO											0,00	0,00				
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE											0,00	0,00				
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0,00	0,00				
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>			
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

DO 2025	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										
<b>Raggruppamento profili</b>															
DIRIGENZA MEDICA	670	52	87	230	175	18	4	7	51	0	3	33	116	786	
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DIRIGENZA SANITARIA	33	0	0	0	0	4	2	0	25	0	0	10	41	74	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	5	8	
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	
DIRIGENZA TECNICA	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	19	
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>730</b>	<b>52</b>	<b>87</b>	<b>230</b>	<b>175</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>166</b>	<b>896</b>	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.482	117	231	510	245	63	13	18	81	0	0	60	235	1.717	
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	0	0	0	0	114	0	0	0	0	0	0	114	114	
OSTETRICA	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	86	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	230	0	7	5	0	0	2	0	1	0	0	0	3	233	
ASSISTENTI SANITARI	4	0	0	0	1	0	0	15	0	0	0	8	23	27	
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	77	0	1	33	0	15	7	0	66	0	0	20	108	185	
ASSISTENTI SOCIALI	6	0	0	0	0	25	3	0	14	0	0	12	54	60	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	214	0	3	11	7	0	0	0	7	0	0	2	9	223	
OTA	30	4	2	5	5	1	0	0	1	0	0	7	9	39	
OSS	494	40	60	180	96	27	2	4	21	0	0	25	79	573	
AUSILIARI	34	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	
ASSISTENTE RELIGIOSO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	329	0	0	6	3	20	1	2	3	0	4	65	95	424	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.970</b>	<b>161</b>	<b>306</b>	<b>754</b>	<b>357</b>	<b>265</b>	<b>28</b>	<b>39</b>	<b>194</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>221</b>	<b>751</b>	<b>3.721</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.700</b>	<b>213</b>	<b>393</b>	<b>984</b>	<b>532</b>	<b>293</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>270</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>266</b>	<b>917</b>	<b>4.617</b>	

DO 2026	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										
<b>Raggruppamento profili</b>															
DIRIGENZA MEDICA	674	52	87	234	175	18	4	7	55	0	3	33	120	<b>794</b>	
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	
DIRIGENZA SANITARIA	36	0	0	0	0	4	2	0	25	0	0	10	41	<b>77</b>	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	5	<b>8</b>	
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	<b>6</b>	
DIRIGENZA TECNICA	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	<b>3</b>	
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	<b>19</b>	
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>737</b>	<b>52</b>	<b>87</b>	<b>234</b>	<b>175</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>170</b>	<b>907</b>	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.482	117	231	510	245	63	13	18	81	0	0	60	235	<b>1.717</b>	
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	0	0	0	0	114	0	0	0	0	0	0	114	<b>114</b>	
OSTETRICA	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	<b>86</b>	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	230	0	7	5	0	0	2	0	1	0	0	0	3	<b>233</b>	
ASSISTENTI SANITARI	4	0	0	0	1	0	0	15	0	0	0	8	23	<b>27</b>	
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	<b>3</b>	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	77	0	1	33	0	15	7	0	70	0	0	20	112	<b>189</b>	
ASSISTENTI SOCIALI	6	0	0	0	0	25	3	0	18	0	0	12	58	<b>64</b>	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	214	0	3	11	7	0	0	0	7	0	0	2	9	<b>223</b>	
OTA	25	4	2	5	5	1	0	0	1	0	0	7	9	<b>34</b>	
OSS	499	40	60	180	96	27	2	4	21	0	0	25	79	<b>578</b>	
AUSILIARI	34	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>34</b>	
ASSISTENTE RELIGIOSO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>3</b>	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	337	0	0	6	3	20	1	2	3	0	4	65	95	<b>432</b>	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.978</b>	<b>161</b>	<b>306</b>	<b>754</b>	<b>357</b>	<b>265</b>	<b>28</b>	<b>39</b>	<b>202</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>221</b>	<b>759</b>	<b>3.737</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.715</b>	<b>213</b>	<b>393</b>	<b>988</b>	<b>532</b>	<b>293</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>282</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>266</b>	<b>929</b>	<b>4.644</b>	