



DELIBERA 277 DEL 30/04/2026

**OGGETTO: AGGIORNAMENTO 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 “Preso 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 avente 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.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 1136 del 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 in capo 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;

VISTI 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 con delibera n. 19 del 28 gennaio 2026;

DATO ATTO che questa azienda ha provveduto ad adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028 come da deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 29/01/2026;

CONSIDERATO che:

- al momento dell'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028, il Piano delle attività di formazione del personale - anno 2026, ricompreso nella sezione 3 dello stesso, la cui adozione era prevista per il 31/03/2026, non aveva ancora concluso il suo iter di approvazione;
- nella seduta del 26/01/2026 il Nucleo di Valutazione, come da verbale agli atti della SC Controllo di Gestione, ha dato indicazioni di procedere con l'approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 entro i termini stabiliti per legge, specificando nel testo che il Piano delle attività di formazione del personale - anno 2026, di successiva approvazione, costituirà un addendum al PIAO;

DATO ATTO che:

- in data 20 marzo 2026 il Piano delle attività di formazione del personale – anno 2026 è stato approvato con deliberazione n. 173;
- nella seduta del 24 marzo il Nucleo di Valutazione ha confermato l'indicazione di procedere con l'aggiornamento del PIAO come da verbale agli atti della SC Controllo di Gestione;

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 2026-2028, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, aggiornato nella sezione 3.4 del testo, in virtù dell'approvazione del Piano delle attività di formazione del personale – anno 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 così aggiornato nell'area Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, 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: Carolina Palandi

Allegati n. 1

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE

2026-2028

Rev1 del 20/04/2026





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.

Il presente documento è stato aggiornato nella sezione 3.4 a seguito dell'approvazione del Piano Formativo Aziendale – anno 2026, avvenuta con deliberazione n. 173 del 20/03/2026.



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.



IDENTITA'

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



DIREZIONE

Evolgere 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	
Abbiategrosso	149	137	12	16	19	3	8	//		//	16
TOTALI	1.304	1.237	70	34	101	30	58	40	11	139	16

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



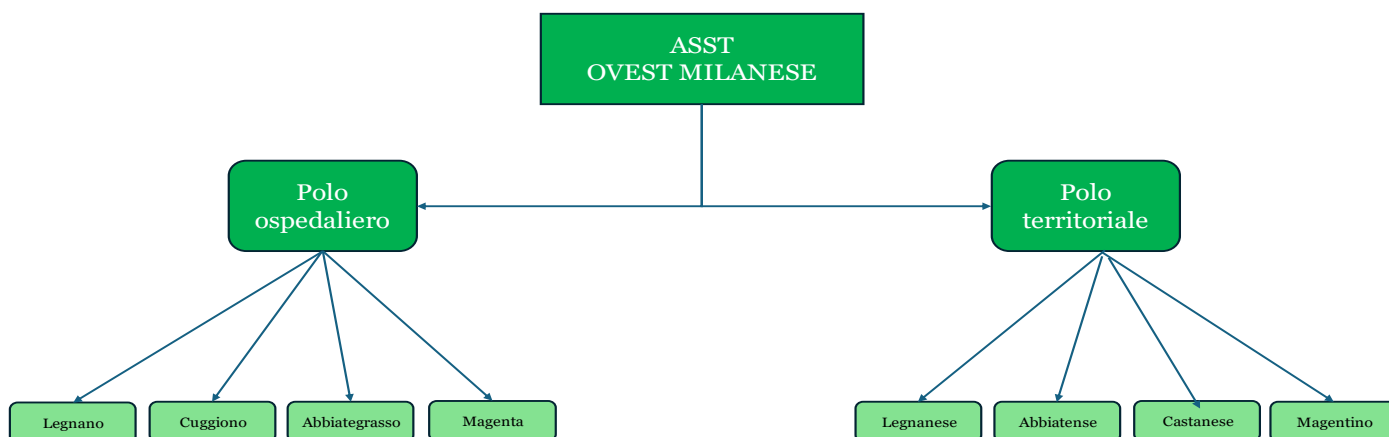
Comunità, in particolare, rappresentano il punto di riferimento unitario per l'accesso ai servizi territoriali, grazie alla presenza integrata di equipe multiprofessionali e poliambulatori territoriali orientati alla presa in carico globale del cittadino.

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	Abbatense	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 Abbiategrasso, 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 Alcolologia (N.O.A.): presenti negli stessi ambiti Magentino-Abbiatense e Legnanese-Castanese.
- 5 Ambulatori di Neuropsichiatria Infantile: situati nei comuni di Abbiategrasso, 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 Abbiategrasso, 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

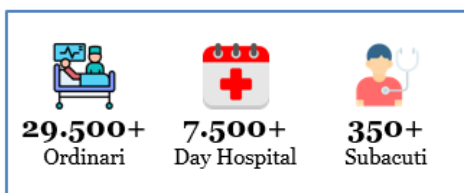


l'ASST Ovest Milanese riveste all'interno del sistema socio-sanitario lombardo. Attraverso questi indicatori è possibile apprezzare non solo la capacità erogativa dell'organizzazione, ma anche la sua funzione strategica nel garantire servizi di qualità ai cittadini del territorio, contribuendo in maniera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

AREA OSPEDALIERA

37.000+
Ricoveri

Di cui

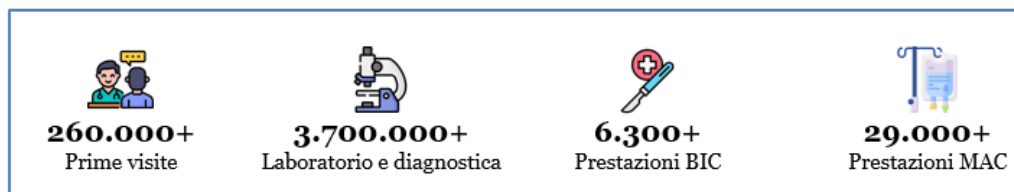


240.000+
Giornate Degenza

1.300+
Posti Letto Accreditati

4.600.000+
Prestazioni ambulatoriali

Di cui



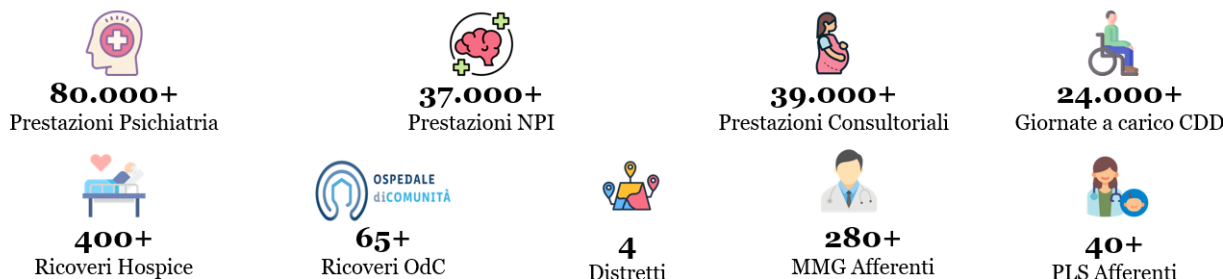
144.000+
Accessi in PS

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.

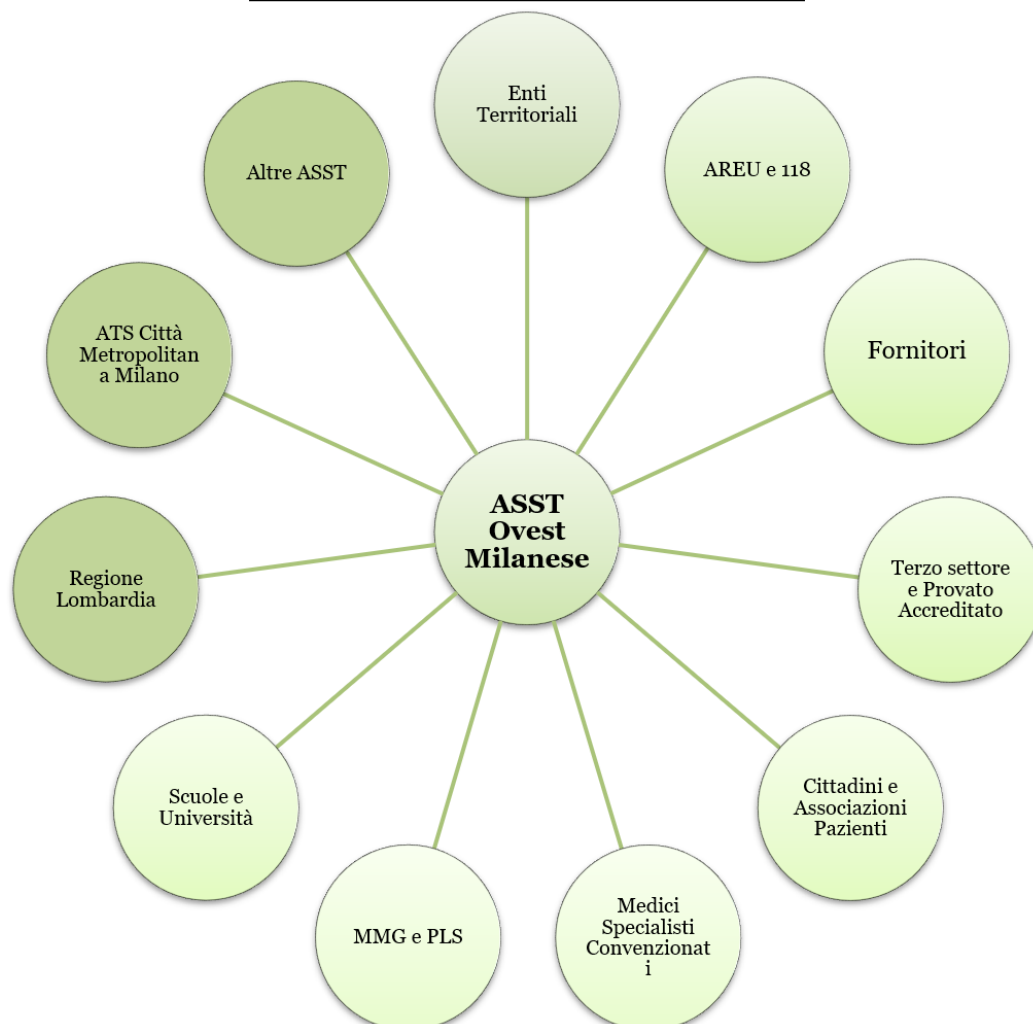
Il coinvolgimento degli stakeholder assume un ruolo strategico per garantire la piena integrazione tra ospedale, territorio e comunità locale, in coerenza con gli indirizzi regionali e con i principi della sanità di prossimità. Gli attori istituzionali – tra cui Regione Lombardia, ATS della Città Metropolitana 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.

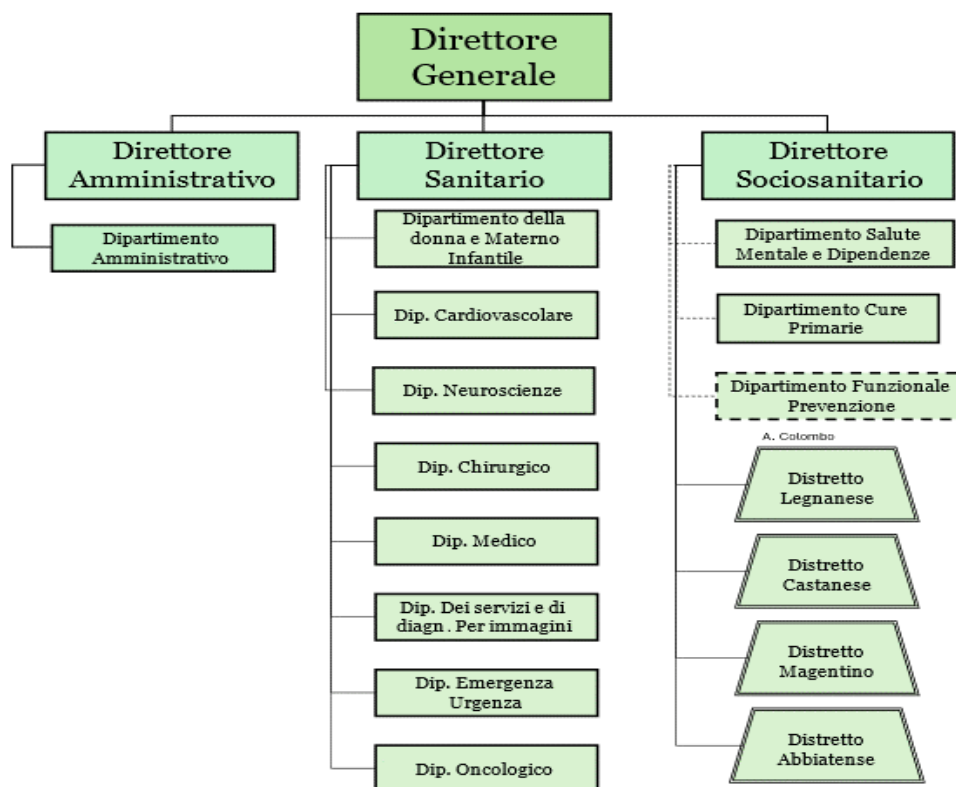
STAKEHOLDER ESTERNI



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 continuamente 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 perseguimento 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 perseguendo 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 perseguimento 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 perseguirà 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 inappropriatazza 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 dell cartella anestesologica
- ✓ 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 perseguimento 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 sanitarie" 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". Questo 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 tutele	Risorse Umane SPP	Monitoraggio ed aggiornamenti	Nessuno	Sonia Servino Gianluca Casula



PARI OPPORTUNITÀ	aggiornamento del <i>Vademecum disabilità</i>	previste dal legislatore e dai CCNL in materia di disabilità	Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027		
BENESSERE ORGANIZZATIVO	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
PARI OPPORTUNITÀ E VIOLENZA DI GENERE	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
CONCILIAZIONE VITA LAVORO PARI OPPORTUNITÀ	Ricognizione 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
BENESSERE ORGANIZZATIVO	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
BENESSERE ORGANIZZATIVO	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



	<p>corso sull'allenamento del pavimento pelvico</p>	<p>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.)</p>	<p>Dipartimento della Donna e Materno Infantile</p>			
--	---	--	---	--	--	--



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 perseguimento 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.

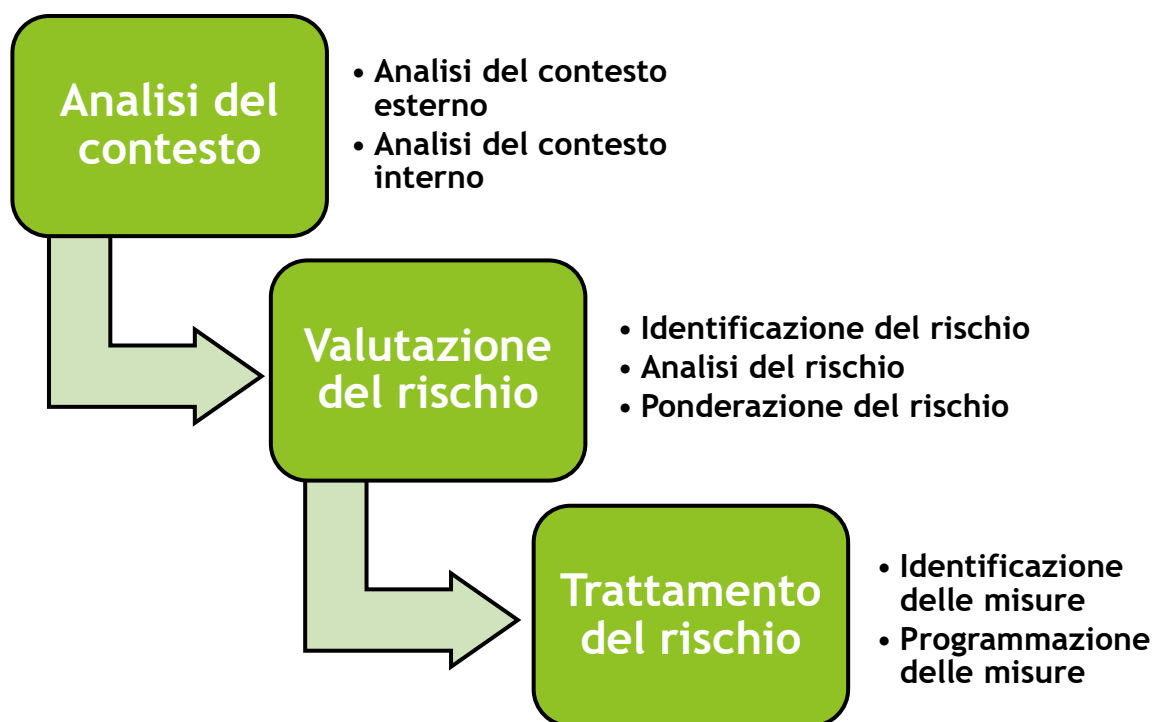


In definitiva, la presente sottosezione non rappresenta un adempimento isolato, ma il presidio trasversale che assicura la sostenibilità e l'integrità del valore generato dall'Azienda nel lungo periodo.

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 competenti, 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
Dirigenza Medica e Sanitaria	- Presidente - Dirigente Area Sanità - Dirigente Area Sanità	- Presidente supplente - Dirigente Area Sanità supplente - Dirigente Area Sanità supplente
Dirigenza P.T.A.	- Presidente - Dirigente P.T.A. - Dirigente P.T.A.	- Presidente supplente - Dirigente P.T.A. supplente - Dirigente P.T.A. supplente
Comparto	- Presidente - Dirigente P.T.A. - Dirigente DAPSS	- Presidente supplente - Dirigente P.T.A. supplente - Dirigente DAPSS supplente
M.S.A. e altre professionalità sanitarie	- Presidente - Dirigente Area Sanità - Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN	- Presidente supplente - Dirigente Area Sanità supplente - Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN supplente



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

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 \ PROBABILITÀ	Alto	Medio	Basso
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", confluiscono 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 (AIL.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 temperati 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 pantouflage;
- ✓ 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 escussione 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 ostative;
- 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.

➤ **Pantouflage – 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" (pantouflage 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 pantouflage 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 pantouflage 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, divulga, 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. 10 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, 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 1° 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 direttrici 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 istituito 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 GPDR 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. 0 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 del 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	
Area	Descrizione
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
Totale dirigenza	774	55

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
Totale comparto	3507	21

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 perseguimento 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 intersectorialità 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 soprarichiamate 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.

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

- ✓ N. 212 eventi accreditati (di cui 186 "in piano" e 25 "fuori piano")
- ✓ N. 20 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. 454 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	47
Corsi (sia residenziali che in videoconferenza)	219
FAD	33
Blended (Fad + altra tipologia formativa)	110
Totale	454

Le 454 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 quanto riguarda il Piano delle attività di formazione del personale – anno 2026, 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.

Le proposte formative, come previsto dalla procedura aziendale, sono state presentate al Comitato Tecnico Scientifico nella seduta del 16/02/2026 e condivise con le OO.SS. delle due Aree dirigenziali e del comparto. Il Piano è stato quindi approvato con Deliberazione n.173 del 20/03/2026 e inserito nel Sistema Regionale ECM-CPD entro il 31/03/2026, come da indicazioni regionali (DGR n. XII/5589 del 30/12/2025).

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 ha inoltre organizzato, in data 31/01/2026, l'evento "Olimpiadi Milano Cortina 2026: malattie infettive e vaccinazione post-esposizione", in conformità alle indicazioni fornite da ATS Città Metropolitana di Milano, in previsione dell'incremento del flusso turistico connesso alle Olimpiadi Invernali.



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**