



CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE n. 6/CDA/7 del 30/01/2025

Presidente: **Alessandro VENTURI**

Consiglieri:

- Carlo Alberto BELLONI**
- Rosaria Patrizia LA ROSA**
- Massimo MENNA**
- Gianluca ORIOLI**
- Paola PANZERI**
- Jacopo VIGNATI**
- Paola VILARDI**

Con l'assistenza del Segretario: **Alessandra IMPERIALE**

Il Direttore Generale: **Vincenzo PETRONELLA**

OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO - TRIENNIO 2025/2027



Fascicolo: 2025-1.1.2/6

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Teresa FOINI

DIRETTORE SANITARIO F.F.

Alba MUZZI

DIRETTORE SCIENTIFICO

Vittorio BELLOTTI

Proponente: TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Il Responsabile del procedimento: Dahlia Carnevale

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

VISTI:

- l'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla l. 6 agosto 2021, n. 113 il quale ha introdotto il "*Piano integrato di attività e organizzazione*";
- il d.m. 24 giugno 2022, n. 132 intitolato "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*";
- il d.P.R. 30 giugno 2022, n. 81 intitolato "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*" il quale individua gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da PIAO;

EVIDENZIATO che il PIAO, di durata triennale, ai sensi della su richiamata normativa, ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il *Piano della Performance*, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione IRCCS stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)*, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il *documento di Organizzazione del Lavoro Agile*, che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il *Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce 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, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il *Piano della Formazione*, che individua gli obiettivi formativi annuale 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;
- f) il *Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)*, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della l. 28 novembre 2005, n. 246*" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "*rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne*", definendo 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*", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva

semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. n. 150/2009 e della l. n. 190/2012;

CONSIDERATO che l'Organo Interno di Valutazione (OIV) della Fondazione IRCCS ha valutato la proposta di PIAO, nella seduta del 28 gennaio 2025, ritenendolo conforme alla normativa vigente e rispondente alle esigenze istituzionali;

VISTO lo Statuto della Fondazione IRCCS;

PRESO ATTO della regolarità tecnica e della legittimità amministrativa del presente provvedimento, nell'osservanza delle norme e delle procedure previste per la specifica materia, attestata dal Responsabile del Procedimento;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le ragioni riferite in premessa:

1. di approvare il "*Piano integrato di attività e organizzazione*" relativo al triennio 2025-2027 allegato quale parte integrante, formale e sostanziale, al presente provvedimento (AL01, AL02, AL03, AL04, AL05, AL06);
2. di stabilire che la presente deliberazione abbia immediata esecutività;
3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio della Fondazione IRCCS per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 32 della l. n. 69/2009 e della l.r. della Regione Lombardia n. 33/2009, con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e Reg. UE 2016/679), e la comunicazione al Collegio Sindacale della Fondazione IRCCS;
4. di dare atto che, ai sensi della l. n. 241/1990, il Responsabile del Procedimento è Dahlia Carnevale, Responsabile della prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della Fondazione IRCCS.

IL SEGRETARIO
(Alessandra Imperiale)
(Firmato digitalmente)

IL PRESIDENTE
(Alessandro Venturi)
(Firmato digitalmente)

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Triennio 2025-2027



Piano redatto ai sensi del d.l. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla l. 6 agosto 2021, n. 113

Sommario

PREMESSA	3
SEZIONE I - LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	4
1. Le strutture della Fondazione IRCCS.....	4
2. <i>Mission e Vision</i>	5
2.2. La Fondazione in cifre.....	9
SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	17
1. VALORE PUBBLICO.....	17
2. PERFORMANCE.....	20
3. ANTICORRUZIONE.....	24
Parte Generale.....	24
Il processo di gestione del rischio di corruzione.....	29
La mappatura dei processi.....	31
Le misure generali	35
Codice comportamentale	35
Conflitto di interessi	35
Whistleblowing.....	38
Formazione	39
La rotazione straordinaria	39
Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors	40
Misure Specifiche	41
Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) e liste d’attesa	41
Controllo e Monitoraggio delle Garanzie Fideiussorie	41
Trasparenza	42
Il programma della trasparenza: l’attività del 2024 e gli obiettivi del 2025.....	43
Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi).....	44
Accesso civico	44
SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	46
3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA	46
L’Organigramma	46
Livelli di responsabilità organizzativa	53
Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione IRCCS.....	57
3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	58
3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale	59
Formazione e sviluppo.....	73

Piano Azioni positive - 2025-2027	75
Parte I.....	75
Analisi delle risorse umane della Fondazione	75
Parte II:	79
Descrizione degli Obiettivi 2025-2027.....	79
AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	79
AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione	80
AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo.....	81
AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza.....	82
Sistema di gestione, attuazione, sviluppo e monitoraggio del Piano Triennale Azioni Positive	83
SEZIONE IV - MONITORAGGIO	84
4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della Performance.....	84
4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza	84
4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano.....	85

PREMESSA

L'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla l. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (**PIAO**) che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e presentato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO ha durata triennale e definisce 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*", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. n. 150/2009 e della l. n. 190/2012.

Il presente Piano, ai sensi del DPR 30 giugno 2022, n. 81, assorbe:

- a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** che è finalizzato a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla illegalità nella Pubblica Amministrazione nonché in materia di trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il **documento di Organizzazione del Lavoro Agile** che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce 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, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il **Piano della Formazione** che individua 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;
- f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)** che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246*" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "*rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne*".

Il PIAO definisce anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Deve essere pubblicato ogni anno sul sito della Fondazione IRCCS ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

SEZIONE I - LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è un laboratorio di sperimentazione clinica e sede privilegiata di attività assistenziale fin dal 1400.

L'ospedale 'grande' di San Matteo o della Pietà ("*Hospitale magnum Sancti Mathei sive de la Pietate*") - la cui prima pietra fu posta il 29 giugno 1449 con sede presso l'attuale Università - fu realizzato, su sollecitazione di Domenico da Catalogna, frate domenicano e con il pieno appoggio dell'autorità laica ed ecclesiastica, da una confraternita laicale costituitasi nel dicembre 1448 che vedeva, accanto ai membri di famiglie nobili, la presenza massiccia della ricca borghesia pavese intenzionata a farsi carico del problema dell'assistenza in sintonia con il movimento di laicizzazione che si era venuto affermando a partire dal secolo XIV.

L'ospedale fu intitolato a San Matteo perché sorse là dove era ubicato il monastero benedettino di San Matteo soppresso da Papa Nicolò V nel settembre del 1449. Era detto anche ospedale della Pietà per sottolineare che la '*pietas*', intesa come amore verso il prossimo, doveva essere il principio ispiratore della attività svolta al suo interno.

La fondazione dell'*Hospitale* rappresenta un caposaldo nella storia dell'assistenza e si presenta come atto di superamento del sistema ospedaliero medievale.

Nel 1927 un Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero dell'Interno ne sancisce la trasformazione in Ospedale Clinico in convenzione con l'Università di Pavia, dove nel 1932 si trasferisce nell'attuale costruzione a padiglioni, fortemente voluta dal Premio Nobel Camillo Golgi; quarant'anni dopo, nel 1972, è classificato Ospedale Generale Regionale.

Riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per la prima volta nel 1982, il San Matteo è sempre stato successivamente riconfermato in tale ruolo.

L'IRCCS Policlinico San Matteo è divenuto Fondazione nel 2006 con Decreto del Ministero della Salute del 28 aprile; è stato recentemente riconfermato IRCCS con Decreto del Ministero della Salute del 21 gennaio 2021 nelle discipline tra loro complementari e integrate di "*trapiantologia: malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule*" e di "*malattie internistiche ad ampia complessità biomedica e tecnologica*".

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, in quanto ente di rilievo nazionale e di natura pubblica, è disciplinato dalle disposizioni di cui allo Statuto, recentemente modificato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5/CDA/101 del 25/11/2022, nonché dall'articolo 42 della l. 16 gennaio 2003, n. 3 e dal d.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

La Fondazione non ha scopo di lucro ed ha durata illimitata.

La sede legale è a Pavia, Piazzale Golgi, 19 (sito internet www.sanmatteo.org), codice fiscale 00303490189, partita IVA 00580590180.

1. Le strutture della Fondazione IRCCS

Le strutture della Fondazione IRCCS che hanno garantito l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità, con una forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica - tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori - sono:

- Struttura Ospedaliera per acuti: Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - Viale Camillo Golgi, 19 - 27100 Pavia;
- Struttura Ospedaliera Hospice: Presidio Ospedaliero Belgioioso - Via Felice Cavallotti, 123, 27011 Belgioioso (PV).

La Fondazione IRCCS è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia, nonché sede dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, in lingua italiana ed inglese ("*Golgi*" e "*Harvey*"), dei Corsi di Studio triennali e magistrali delle professioni sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria.

La Fondazione IRCCS coniuga in sé tutti e tre gli aspetti fondanti della sanità moderna:

- l'assistenza, affermando il ruolo di ospedale di riferimento (HUB) e centro delle RETI organizzative, tempo dipendenti e di patologia;
- la ricerca, essendo un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e rivestendo un ruolo di primo piano nazionale ed internazionale nella ricerca biomedica;

- la formazione universitaria di base e specialistica, essendo polo didattico della Università di Pavia, sede dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, che vanta una scuola centenaria, dei corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria.

La caratteristica essenziale della Fondazione, in quanto IRCCS, è pertanto quella di perseguire *"insieme a prestazioni clinico-assistenziali di ricovero e cura"* anche *"specifiche attività di ricerca scientifica biomedica"*, oltre all'attività formativa.

2. *Mission e Vision*

La *Mission* della Fondazione IRCCS è perseguire, secondo standard di eccellenza, qualità e appropriatezza, la ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. La Fondazione si caratterizza per la propria realtà polispecialistica e multidisciplinare e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica, tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori di ricerca, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

Provvede quindi:

- al ricovero e alla cura di persone affette da patologie acute e croniche e a soddisfare i bisogni della popolazione, mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, in relazione alle risorse assegnate e alla dotazione tecnologica disponibile, integrate con le attività di ricerca biomedica e clinica;
- alla ricerca corrente, definita dal riconoscimento IRCCS quale attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica, nonché alla ricerca finalizzata, quale attività di ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale.

La Fondazione IRCCS programma l'attività di ricerca, coerentemente con il programma di ricerca sanitaria e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguiti in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più Enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Svolge parte attiva, in stretta relazione con il Ministro della Salute, con la Regione Lombardia e tramite gli organismi istituzionali, alla definizione degli orientamenti, alla valutazione delle attività sanitarie, alla promozione delle sperimentazioni, al fine di contribuire efficacemente all'applicazione delle cure e degli interventi complessi, così come pone le proprie strutture e organismi a contribuire, in coerenza con la propria qualificazione, per ogni occorrenza del Servizio Sanitario Regionale.

Sviluppa, inoltre, quale compito istituzionale, la promozione e la partecipazione attiva e diretta alle attività di didattica, di formazione, di qualificazione professionale e scientifica, di addestramento del personale medico e non medico e di tutti i ruoli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

La Fondazione IRCCS svolge, in particolare, attività di alta formazione nell'ambito delle discipline ed attività di riferimento. A tal fine, promuove e/o collabora a iniziative di scambio culturale e scientifico con Strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici, convegni e stage, sia all'estero, sia presso la Fondazione IRCCS.

Attua, in particolare, misure idonee di collegamento e sinergia con altre Strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con Istituti di riabilitazione e con analoghe Strutture a decrescente intensità di cura, avvalendosi, principalmente, delle reti di cui all'art. 43 della citata l. n. 3/2003, all'interno delle quali realizzare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale, con l'obiettivo di garantire al Malato le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

La Fondazione IRCCS è pertanto un teaching & research hospital di rilievo nazionale ed internazionale di natura pubblica. Un academic medical center tra i più importanti d'Europa, che si caratterizza per l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità (con molteplici aree di eccellenza) e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica.

La Fondazione IRCCS, infatti, coniuga in sé tutti e tre gli aspetti fondanti della sanità: l'assistenza, affermando il ruolo di ospedale di riferimento (HUB) e centro delle RETI organizzative tempo dipendenti e di patologia; la ricerca, essendo un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e rivestendo un ruolo

di primo piano nazionale ed internazionale nella ricerca biomedica; la formazione universitaria di base e specialistica.

Recentemente Regione Lombardia, con DGR n. XII/3720 del 31 dicembre 2024 *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”*, ha identificato la Fondazione IRCCS quale HUB per le ASST afferenti al territorio di Pavia-Lodi-Crema in sede di implementazione del modello dell’*“organizzazione a rete”* avente l’obiettivo di favorire la collaborazione tra le Strutture sanitarie afferenti allo stesso settore scientifico ed organizzativo.

Le ricadute del modello a rete sono attese in ambito clinico ma anche in ambito scientifico e della rete formativa.

La *Vision* è rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese, con orientamento del sistema stesso al miglioramento continuo della qualità e operando per garantire al Malato una linea prestazionale, sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l’accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane, mediante una disponibilità d’offerta che copra l’intero arco della giornata e sviluppata su tutta la settimana.

La Fondazione IRCCS intende essere un luogo dove l’esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del Malato, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell’innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l’applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei Cittadini.

La Fondazione IRCCS intende utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne, con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in equipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell’organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

Nei processi di erogazione delle attività sanitarie, tecniche e amministrative la Fondazione IRCCS si ispira ai seguenti principi e valori, confermati, peraltro dalla l.r. Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33 recante il *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”*:

A) Qualità delle cure

Massima attenzione alla qualità delle cure, perseguendo con determinazione l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla base dei principi e della metodologia della medicina fondata sulle prove di efficacia inserendo la centralità del Malato, come bene fondamentale. Introduzione nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità. Consolidamento di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

B) Integrazione e continuità delle cure

Garanzia di integrazione e coordinamento tra le diverse professionalità e le varie unità organizzative, assicurando la continuità delle cure attraverso l’organizzazione dipartimentale e la formalizzazione di percorsi diagnostico- terapeutici orientati alla soluzione globale dei problemi di salute delle persone; garantendo in questo modo affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni.

C) Equità delle cure

Garanzia ai cittadini di uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie, secondo criteri espliciti e coerenti con la *mission* aziendale, curando la personalizzazione e l’umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona.

D) Innovazione scientifica e ricerca

Promozione di innovazione, formazione, aggiornamento e ricerca clinica in linea con la vocazione di ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione e in stretto collegamento con le attività di assistenza, avvalendosi anche dell’Università di Pavia e delle altre Università italiane e straniere. L’innovazione,

tecnologica, organizzativa e formativa avanzata, a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura (principalmente quelli anticipatori, sorretti dalla ricerca) e per produrre attività di eccellenza.

E) Coordinamento e rete di servizi

Promozione dell'integrazione ospedale-territorio, anche attraverso l'avvio di sperimentazioni finalizzate all'attivazione di un livello intermedio tra ospedale e domicilio e all'utilizzo appropriato ed efficiente dei reparti ospedalieri, nonché allo sviluppo di modalità innovative per l'assistenza domiciliare.

F) Sicurezza

Impegno per assicurare un'adeguata qualità di vita lavorativa degli operatori che, a vario titolo, prestano la loro attività negli ambienti ospedalieri, garantendo luoghi di lavoro salubri e sicuri e riducendo il più possibile i rischi, al fine di evitare possibili danni agli operatori e alle persone assistite, nel rispetto della normativa vigente.

G) Sviluppo della qualità professionale

Promozione, ad ogni livello funzionale, opportunità di qualificazione e di sviluppo professionale, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento continuo, finalizzati alle specifiche esigenze di sviluppo e miglioramento di ogni singolo settore. Il personale e gli studenti visti, come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il Malato necessita, favorendo la valorizzazione dei professionisti e garantendo la competenza, l'eccellenza e la autorevolezza professionale sviluppando in questo modo la motivazione e la valorizzazione del capitale intellettuale e scientifico.

H) Sviluppo dell'etica aziendale

Incentivazione della diffusione di una cultura aziendale ispirata a principi e valori etici condivisi, al fine di garantire un'equa ed efficace gestione delle relazioni umane e delle transazioni, promuovere un'immagine positiva dell'azienda e creare fiducia verso l'esterno, definendo le responsabilità etiche e sociali dei propri dirigenti e dipendenti, nonché dei fornitori, verso i diversi gruppi di *stakeholders*.

I) Efficienza e responsabilità

Lotta agli sprechi e alle inefficienze organizzative e gestionali, assegnando ai dirigenti l'autonomia circa l'utilizzo delle risorse loro attribuite e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati. Attivazione di forme concrete di verifica dei comportamenti aziendali.

J) Partecipazione e volontariato

Sostegno alle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e di volontariato che operano in campo sanitario, coinvolgendole nel raggiungimento delle finalità dell'Azienda e favorendo le azioni di sensibilizzazione che le Associazioni vorranno promuovere, in maniera integrata e coerente con la strategia e la *mission* aziendali.

K) Rapporto con le istituzioni

Mantenimento di un alto livello di confronto con le Istituzioni locali e con le rappresentanze sindacali in modo da rendere esplicite le scelte organizzative e la politica sanitaria perseguita attraverso un'informazione, come base di partecipazione e di scelta responsabile ottenendo laddove è possibile l'ascolto ed il coinvolgimento.

L) Cooperazione internazionale

Promozione e sostegno a iniziative a favore di Paesi in via di sviluppo, con l'obiettivo di migliorare le capacità di intervento da parte delle strutture sanitarie, sia attraverso missioni in loco di *équipe* multidisciplinari, sia attraverso la formazione presso l'azienda ospedaliera di personale proveniente dai Paesi stessi.

2.1. PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel corso del 2021, ha contribuito all'innovazione degli interventi in campo sanitario con l'obiettivo di garantire prossimità, innovazione ed uguaglianza.

La sesta area di interventi prevista dal PNRR, la Missione Salute, ha l'obiettivo di adeguare il SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico e garantire l'uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute. In particolare, la Missione 6 promuove:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure;
- l'ammodernamento della dotazione strutturale del SSN (capitale umano, risorse digitali, strumentali e tecnologiche);
- l'investimento in ricerca scientifica nell'ambito biomedico e sanitario.

La Missione 6 Salute prevede un vasto piano di investimenti e riforme da raggiungere entro il 2026, si articola in due componenti:

- **Componente 1** *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”* – Investimento 1.1: *“Case della Comunità e presa in carico della persona”*; Investimento 1.2: *“Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”*; Investimento 1.3: *“Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità”*;
- **Componente 2** *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”* – Investimento 1.1: *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”*; Investimento 1.2 *“Verso un Ospedale sicuro e sostenibile”*; Investimento 1.3 *“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”*; Investimento 2.2 *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”*;

La Fondazione è stata riconosciuta come soggetto sub-attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e a tal scopo ha attivato progetti finanziati in ambito della Missione 6 e per la Ricerca anche riguardanti le Missioni 1 e 4 oltre che il Piano Nazionale Complementare. I finanziamenti possono così essere raggruppati per ambito di investimento:

AMBITO	IMPORTO
Case e Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali	6.596.979 EUR
Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)	5.800.000 EUR
Grandi apparecchiature	3.537.800 EUR
Digitalizzazione	11.200.000 EUR
Ricerca biomedica del SSN	5.064.675 EUR

Nella sezione *“Amministrazione Trasparente”*, sotto-sezione *“Attuazione progetti PNRR”* sono pubblicati gli atti normativi relativi agli interventi finanziati tramite PNRR.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 è il miglioramento/potenziamento dei contenuti, dati e chiarezza informativa della sezione *“Attuazione progetti PNRR”*.

2.2. La Fondazione in cifre

L'identità della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è evidenziata dalle informazioni e dai dati che esprimono la dimensione aziendale.



La Fondazione IRCCS in cifre

Attività clinica

**841 posti letto
attivi ⁽¹⁾**

**90.274 accessi al
Pronto Soccorso**

**34.777 pazienti
ricoverati**

**1.069.463
prestazioni
erogate in
PS**

**673.085
esterni ⁽²⁾**

**396.378
interni ⁽²⁾**

**242.247
giornate di
degenza**

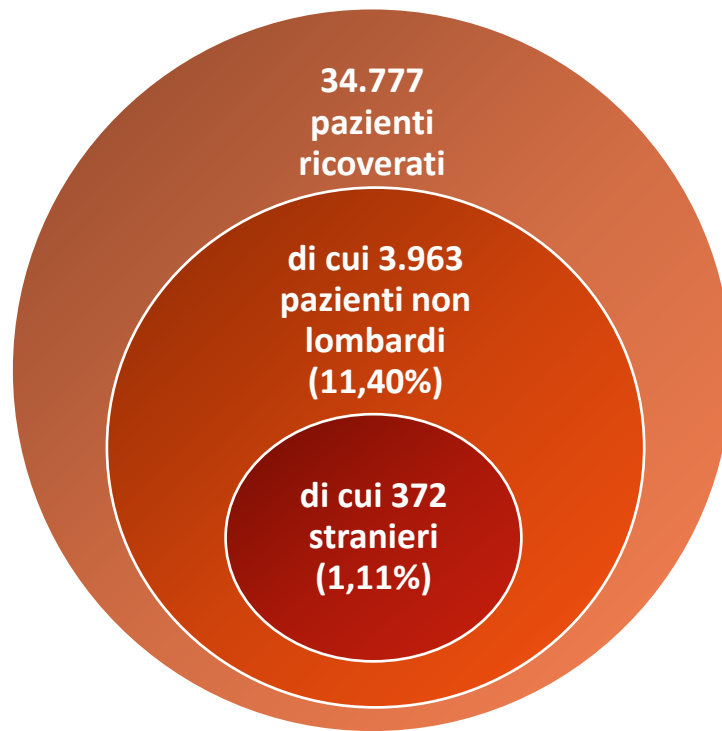
**2,056 milioni di
prestazioni
ambulatoriali
(escluso PS esterni)**

(1) Posti letto attivi (ordinari + day hospital) rilevati al 31/12/2024.

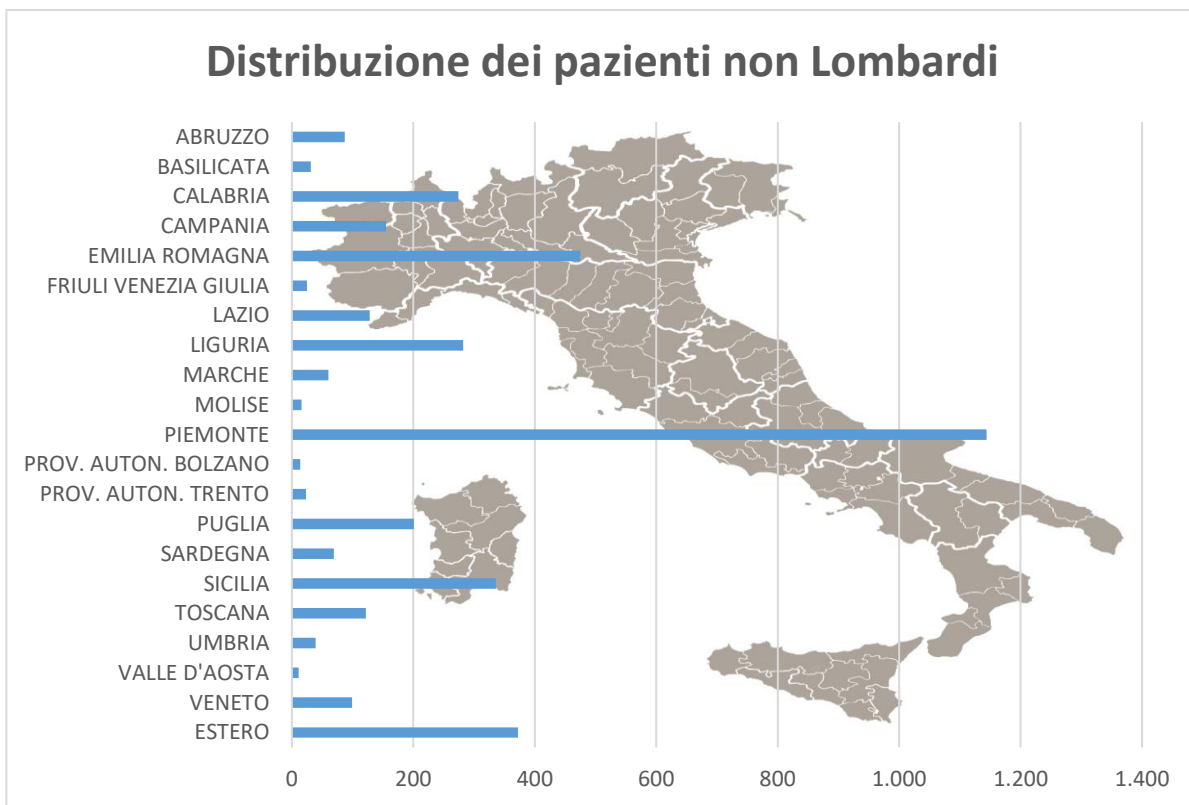
(2) Esterni = prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi; Interni = prestazioni erogate a pazienti in seguito ricoverati.

Fonte: Anno 2024 (dati non definitivi aggiornati al 3/01/2025)

“La capacità di attrarre pazienti di altre Regioni riflette il carattere di eccellenza che caratterizza la Fondazione e può essere considerata misura obbiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.”

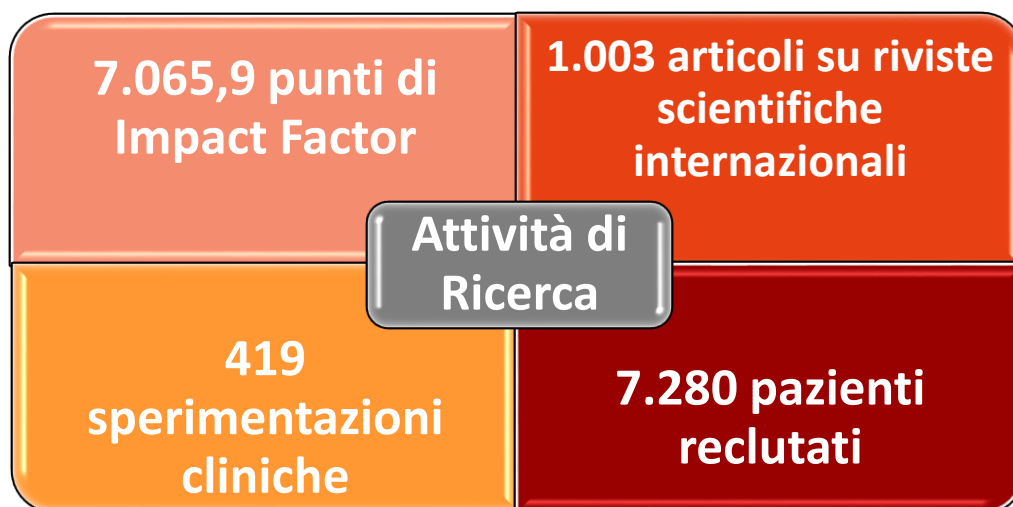


Distribuzione dei pazienti non Lombardi



Fonte: Anno 2024 (dati non definitivi aggiornati al 3/01/2025)

Attività di Ricerca e Didattica

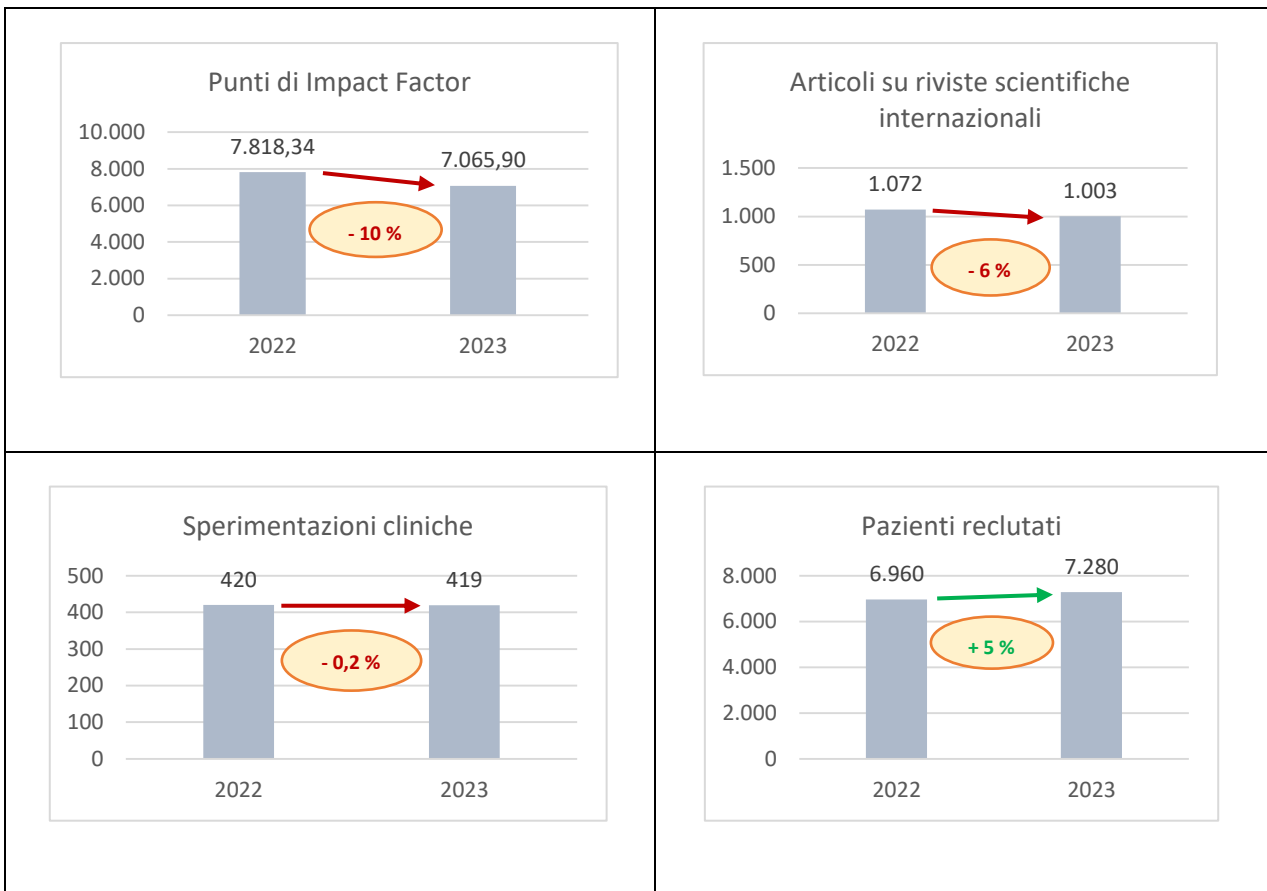


Fonte: Anno 2023

Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.

“La Fondazione IRCCS è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Pavia, nonché sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie, delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, di master e dottorati di ricerca.”

Confronto anni 2022 e 2023

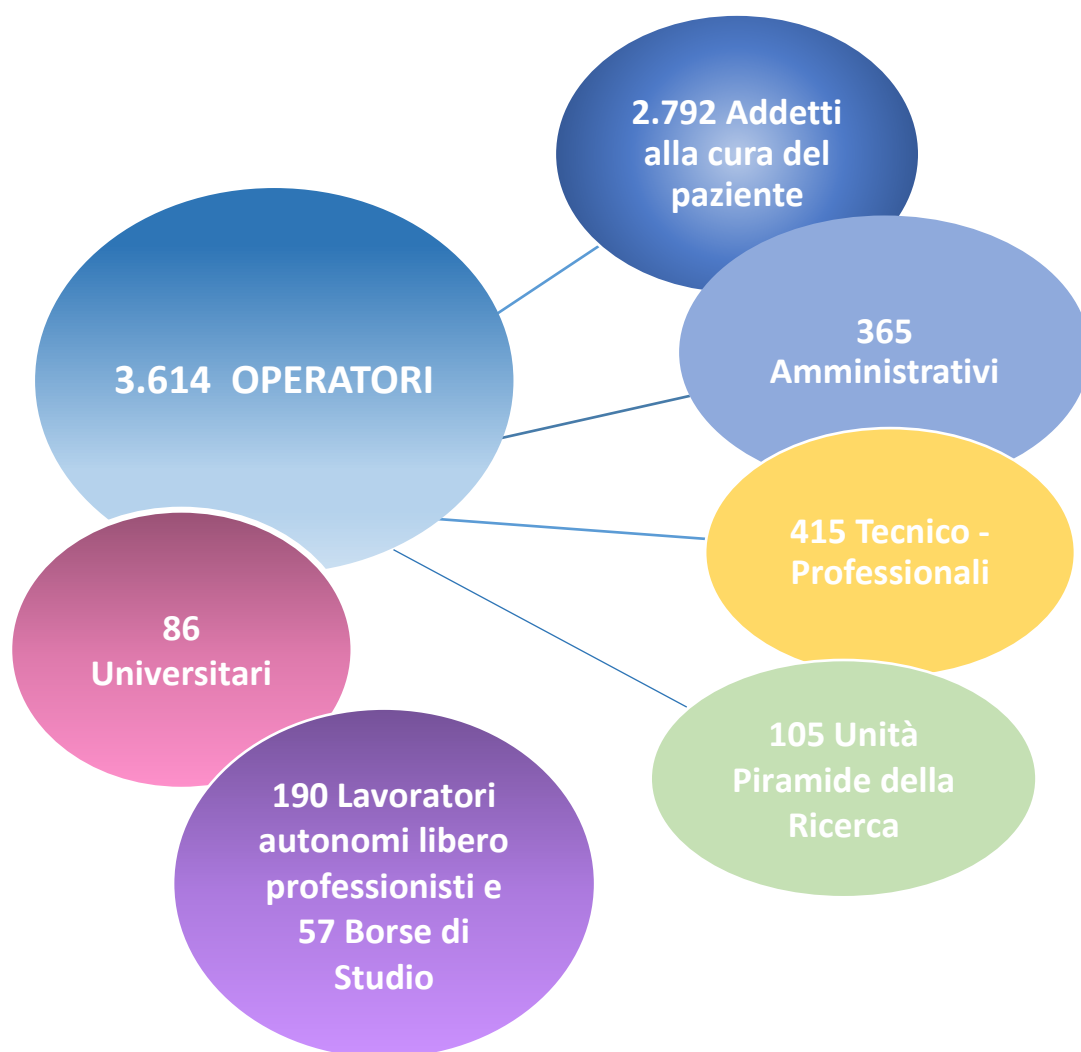


Fonte: Anno 2023

La riduzione di alcuni indicatori sconta l'effetto del trascorrere del tempo sull'impatto della pandemia Covid-19 (col boom della pandemia – biennio 2020-2021 – si sono registrati aumenti rilevanti sia nella produzione di articoli scientifici sia in termini di pazienti; numeri che dal 2022, grazie al contrasto alla malattia ed ad una maggiore conoscenza, si stanno necessariamente contraendo tendendo al ritorno a numeri registrati nel periodo pre-covid).

Risorse: Personale

*"3.614 operatori dipendenti
tra medici, infermieri,
tecnici e amministrativi
rispondono
quotidianamente con
competenza ai bisogni
dell'utenza."*



Tipologia Dipendenti	Numero
Addetti cura del paziente	2.729
Amministrativi	365
Piramide della Ricerca	105
Tecnico - Professionali	415
Totale complessivo	3.614

Tipologia non Dipendenti	Numero
Universitari Convenzionati	86
Borsa di Studio	57
Libero Professionista Assistenza	77
Libero Professionista Gestione Emergenziale	63
Libero Professionista Ricerca	50
Totale complessivo	333

DATI COMPLESSIVI:

Tipologia_	Categorie	Numero
Dipendenti	Dipendenti Ospedalieri	3.509
	Dipendenti Ospedalieri-Ricercatore sanitario	55
	Dipendenti Ospedalieri-Collaboratore profess.di ricerca sanit.	50
Dipendenti Totale		3.614
Non Dipendenti	Universitari Convenzionati	86
	Libero Professionista Assistenza	77
	Libero Professionista Ricerca	50
	Libero Professionista Gestione Emergenziale	63
	Convenzione IRCCS C. Mondino	57
	Borsa di Studio	57
	Lavoratori Interinali	36
Non Dipendenti Totale		426
Totale complessivo		4.040

Fonte: Anno 2024

I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano come vi sia, anche nel 2024, una netta maggioranza del personale femminile (70%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%).

Volendo approfondire l'analisi in relazione alla composizione di Genere, il primo dato evidente è proprio costituito dal numero di donne presenti presso la Fondazione IRCCS, che supera di quasi mille e cinquecento unità quello dei dipendenti di sesso maschile. Tuttavia, se questo dato, di per sé non risulta decisivo in quanto vi sono profili professionali, quali quello di infermiere che, storicamente, sono stati oggetto di scelte da parte di donne più che di uomini, il dato risulta più interessante, se ci si sofferma sui profili Dirigenziali di Medico o Sanitario nei quali, anche in questo, troviamo una preponderanza di personale femminile (60%). (n. 249 uomini e n. 377 donne)

Dati di produzione

Ricavi		Costi	
Ricavi per prestazioni sanitarie	320.815.620	Personale	181.809.912
Contributi in c/esercizio	132.196.996	Materiali e Servizi	225.420.738
Entrate diverse	42.453.423	Altri costi	75.481.841
Totale	495.466.039	Totale	482.712.491

Valori espressi in €

Fonte: Bilancio di esercizio 2023

Valore della produzione – Costi della produzione =
+ 12.753.548 € (Risultato operativo)

Dati economici – Risultato d’esercizio

Variazione valori di Bilancio Consuntivo 2023 rispetto al 2022 (Conto Economico)

Conto Economico (€)			
	Anno 2023	Anno 2022	Variazione
Valore della produzione	495.466.039	474.951.659	20.514.380
Costi della produzione	482.712.491	465.544.857	17.167.634
Proventi e oneri finanziari	-962.338	-1.181.730	219.392
Proventi e oneri straordinari	2.014.548	4.786.337	-2.771.789
Imposte e tasse	13.805.758	13.011.409	794.349
Risultato d'esercizio	0	0	0

Conto Economico (€)			
	Anno 2023	Anno 2022	Variazione
Valore della produzione			
Prestazioni sanitarie	320.815.620	307.587.864	4%
Contributi in c/esercizio	132.196.996	127.568.519	4%
Entrate diverse	42.453.423	39.795.276	7%
Totale	495.466.039	474.951.659	4%
Costi della produzione			
Personale	181.809.912	174.589.715	4%
Materiali e Servizi	225.420.738	214.132.232	5%
Altri costi	75.481.841	76.822.909	-2%
Totale	482.712.491	465.544.857	4%

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

1. VALORE PUBBLICO

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni.

Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie.

Gli IRCCS polispecialistici, come il Policlinico San Matteo, rivestono un ruolo di primaria importanza nell'ambito della ricerca nazionale ed internazionale, ponendosi al centro dei processi di cambiamento, che mirano alla tutela della salute dei pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento dell'organizzazione in termini di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza e accessibilità.

Il benessere sanitario e sociale rappresenta l'obiettivo primario di tale cambiamento, inteso come Valore Pubblico, da perseguirsi in maniera equa e sostenibile.

Il Valore Pubblico costituisce un'opportunità per la creazione di un valore condiviso all'interno della Pubblica Amministrazione, avente l'obiettivo di soddisfare cittadini ed imprese. Nel momento in cui una Amministrazione gestisce in modo razionale le risorse economiche a disposizione e riesce a valorizzare il proprio patrimonio intangibile, riuscendo a soddisfare le esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini, genera Valore Pubblico.

Riuscire a creare "*Valore Pubblico*" significa, quindi, aumentare il benessere dei cittadini, del personale interno alla Fondazione IRCCS e degli stakeholder sul territorio.

La Fondazione IRCCS, in coerenza con i documenti di organizzazione aziendale e di programmazione economica, definisce un sistema di *governance* multidimensionale e integrato attraverso l'attuazione, per l'anno 2025 con proiezione al 2027, di specifiche strategie finalizzate alla creazione di Valore Pubblico nei termini che seguono.

1.1. ACCESSIBILITA'

Da intendersi come equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi erogati, con il fine di assicurare all'utenza un servizio rispondente alle necessità e riducendo il disagio degli spostamenti fisici degli utenti.

La riduzione dei tempi di attesa, ad esempio, quale risultato di un costante ed efficace monitoraggio degli stessi, oltre a generare Valore Pubblico, costituisce un obiettivo di performance per il personale e allo stesso tempo è un obiettivo di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

1.2. FORMAZIONE

Il costante processo evolutivo della Pubblica Amministrazione non può prescindere dal rendere sempre più adeguati i profili professionali esistenti all'interno dell'Ente rispetto a quelli necessari. Investire nella formazione, pertanto, equivale a garantire competenza, eccellenza e autorevolezza professionale con conseguente miglioramento della qualità dei servizi offerti all'utenza.

La formazione non è da intendersi solo interna ma anche esterna. La Fondazione IRCCS, infatti, quale sede del Polo Universitario di Pavia, svolge un ruolo di primissimo piano nella formazione degli studenti dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di Specializzazione, dei corsi di perfezionamento, dei dottorati di ricerca e dei master universitari.

Inoltre, le strutture della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo vengono utilizzate per lo svolgimento di periodi formativi professionalizzanti da parte di studenti iscritti e frequentanti percorsi formativi istituiti ed attivati presso altre istituzioni universitarie.

Formazione equivale a generare competenze ed eccellenze, di conseguenza Valore Pubblico. Essa, inoltre, rappresenta una delle principali misure generali di prevenzione della corruzione.

1.3. PNRR e LA CASA DI COMUNITA'

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel corso del 2021, ha contribuito all'innovazione degli interventi in campo sanitario, attraverso la realizzazione, entro il 2026, delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità. La costituzione di nuove strutture ha l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio specialmente ai soggetti anziani, e al contempo ridurre il numero delle ospedalizzazioni.

La Regione Lombardia, attraverso la I.R. n. 22 del 14 dicembre 2021 recante *“Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità)”*, ha recepito nel proprio sistema dei servizi le indicazioni contenute nel suddetto Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, inserendo le nuove unità di offerta.

Le Case di Comunità rappresentano delle nuove strutture socio-sanitarie distribuite in modo capillare sul territorio lombardo con il fine di costituire un punto di riferimento per i cittadini. All'interno di tali strutture sono presenti equipe di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri ed altri professionisti della salute, che operano in raccordo anche con la rete delle farmacie territoriali.

La Fondazione IRCCS ha così intrapreso un rapporto di collaborazione con ASST di Pavia, concedendo all'Azienda l'utilizzo dell'immobile sito in Viale Golgi, 5, Pavia (PV) nonché dei locali siti all'interno della struttura Ospedaliera *Hospice* – Presidio di Belgioioso da destinare a Casa di Comunità (Decreto N. 5/D.G./1668 e n.5/D.G./1669 del 22 dicembre 2022).

1.4. IL NUOVO SAN MATTEO

La Fondazione IRCCS ha avviato il piano di *“Riassetto e riordino dell'area del Policlinico San Matteo”*, al fine di completare il processo di razionalizzazione e di trasferimento di tutte le attività cliniche ancora collocate in padiglioni molto datati il cui adeguamento strutturale richiederebbe interventi estremamente dispendiosi e invasivi.

L'obiettivo è proseguire quanto iniziato con l'inaugurazione nel 2013 del monoblocco DEA, trasferendo tutte le attività cliniche nella zona a nord di via Forlanini e dismettendo i padiglioni non più adeguati. Si è resa quindi necessaria la realizzazione di una nuova area che possa contenere tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica che devono essere ricollocate e avvicinate al monoblocco DEA.

È parsa quindi evidente l'esigenza di rinnovare il Policlinico San Matteo, passando dall'attuale struttura a padiglioni alla realizzazione di un Nuovo San Matteo (NSM), che si integri con il Pad. 43 (monoblocco DEA) costituendo una struttura ospedaliera che si ponga come ospedale ideale del nuovo millennio. Ne consegue la scelta di una logica multipolare, con il Pad.43 a costituire uno dei poli in dialogo con i poli costituenti il NSM, e di una riorganizzazione delle funzioni contenute nei poli secondo una logica multi-livello, con maggiore-minore intensità di cura e carattere d'urgenza. Inoltre, le più importanti caratteristiche del nuovo sistema ospedaliero dovranno essere flessibilità e trasformabilità, sostenibilità ambientale ed economica. Ciò si esplica sia nella necessità di inserire continuamente tecnologie all'avanguardia, sia nell'opportunità di modificare funzioni e tipologie di cura, sia nella consapevolezza del continuo mutare delle esigenze cliniche, che comporteranno cambiamenti anche nel corso di realizzazione dell'opera.

Al fine di permettere lo sviluppo del progetto, è stata adeguata la struttura organizzativa con il Dipartimento Sviluppo Strategico e con la SC Nuovo Ospedale. La creazione del nuovo Dipartimento e della nuova Struttura Complessa è risultata essenziale per adeguare la struttura tecnico-amministrativa alle esigenze emergenti, garantendo così la massima efficienza, competenza e rapidità nell'esecuzione delle attività necessarie per l'adeguamento urgente ai moderni standard di sicurezza e qualità nei prossimi anni. Le attività di analisi e preparazione della documentazione per le procedure tecnico-amministrative, che comprendono lo studio di fattibilità, la selezione del progetto, l'assegnazione dell'appalto e il monitoraggio dell'avanzamento dei lavori, costituiscono solo alcune delle responsabilità della SC Nuovo Ospedale, che richiede personale altamente specializzato. Il Dipartimento Sviluppo Strategico coordina i contributi di tutte le strutture di area sanitaria e organizzativa, tecnico/logistica e giuridico/amministrativa coinvolte nel progetto, in stretta collaborazione con la Direzione Strategica.

La SC Nuovo Ospedale è deputata a definire le linee programmatiche e di sviluppo del nuovo complesso ospedaliero, ad inquadrare l'investimento nel contesto normativo di riferimento, a delineare le fasi procedurali del processo di redazione del progetto, ad adottare gli strumenti necessari per il controllo e il monitoraggio del percorso, in relazione al cronoprogramma, e a promuovere ogni iniziativa utile al raggiungimento dell'obiettivo strategico del nuovo San Matteo.

1.5. DIGITALIZZAZIONE E AMMODERNAMENTO DELLE TECNOLOGIE

La digitalizzazione, intesa come semplificazione dei processi aziendali (Informatizzazione delle Cartelle Cliniche, delle Agende di prenotazione, del Protocollo), con il fine di potenziarne l'accessibilità e la trasparenza, genera Valore Pubblico e costituisce obiettivo trasversale su cui misurare la performance. Lo sviluppo di un Piano di investimenti in attrezzature informatiche, sanitarie e scientifiche che sia coerente con la *mission* della Fondazione IRCCS, migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, determina il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza (generando Valore Pubblico). Il livello di sicurezza e di modernità delle apparecchiature e dei dispositivi abbassa il rischio corruttivo e limita il rischio di violazione dei dati personali (*cyber – security*).

1.6. PROMOZIONE DELLA RICERCA

La ricerca in un IRCCS come il Policlinico San Matteo mira alla massima innovazione e si realizza attraverso la partecipazione della Fondazione IRCCS a studi clinici e attraverso la gestione dei processi di ricerca.

La continua evoluzione in campo scientifico genera un elevato numero di target terapeutici, di farmaci, di dispositivi tecnologici, che necessitano di un adeguato sviluppo clinico in appositi centri clinici di eccellenza.

La Fondazione IRCCS, per poter ottemperare alla realizzazione di questi bisogni, crea partnership con diverse realtà industriali operanti in ambito biomedicale e genera opportunità di crescita professionale, di visibilità per la struttura e per il personale che vi opera, e per i pazienti che possono avere accesso preferenziale a nuove terapie potenzialmente efficaci e non ancora disponibili nell'ambito del SSN.

1.7. RISPARMIO ENERGETICO

Il Dipartimento della Funzione pubblica, con nota circolare n. 2/2022 dell'11 ottobre 2022, ha evidenziato l'importanza delle Pubbliche Amministrazioni per il raggiungimento degli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico. A tal fine il Dipartimento ha fornito precise indicazioni operative, invitando tutte le Pubbliche Amministrazioni a valutare l'inserimento, tra gli obiettivi della sezione "*Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione*" del PIAO, di specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

Anche l'Unione Europea è intervenuta con il Reg. UE 2022/1369 del 5 Agosto 2022 relativo all'adozione di misure volte alla riduzione della domanda di gas ed energia.

In ragione di quanto esposto sopra, la Fondazione IRCCS è chiamata ad attuare determinate azioni utili per l'uso intelligente e razionale dell'energia basate sul coinvolgimento e sulla responsabilizzazione del capitale umano, quali:

1. Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione del personale, con l'inserimento nel codice di comportamento aziendale di una specifica sezione dedicata ai comportamenti orientati all'efficienza energetica;
2. Responsabilizzazione dei Dirigenti su gestione degli immobili e impiantistica;
3. Rinnovo di impianti e apparecchiature, applicando la sostituzione con nuovi sistemi ad alta efficienza energetica (caldaie, sistemi di illuminazione, serramenti, valvole termostatiche);
4. Previsione di piani di ristrutturazione degli edifici e trasferimento delle strutture volti a migliorare la razionalizzazione delle attività (adeguamenti strutturali ed impiantistici).

1.8. PARITA' DI GENERE

La Parità di genere si riferisce alla parità tra donne e uomini in termini di rispetto di trattamento, responsabilità, opportunità e risultati economici e sociali.

Con determina del Direttore Generale n. 2/DG/0350 del 31 marzo 2011 è stato istituito all'interno della Fondazione IRCCS il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Il Comitato si prefigge lo scopo di assicurare, nell'ambito del lavoro, parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Tale Comitato promuove, altresì, la cultura delle pari opportunità ed il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e le lavoratrici, anche attraverso un continuo aggiornamento.

La Fondazione IRCCS, con decreto del Direttore Generale n. 5/DG/ 1611 del 19 dicembre 2024, ha prorogato il Piano per l'uguaglianza di genere – *Gender Equality Plan* (GEP), finalizzato alla promozione dell'uguaglianza di genere attraverso la trasformazione sostenibile della cultura organizzativa.

Il *Gender Equality Plan* è un documento programmatico avente il fine di realizzare progetti che favoriscano la riduzione delle disuguaglianze di genere, e al contempo, permettano di valorizzare le varie diversità.

Tale strumento è chiamato ad attuare determinate azioni volte al cambiamento culturale, costruendo, al contempo, un ambiente di lavoro i cui principi cardine sono: equità di trattamento, assenza di situazioni discriminanti, condivisione di obiettivi e crescita per l'intera istituzione.

1.9. INCLUSIONE SOCIALE

La riduzione delle disuguaglianze all'interno della Pubblica amministrazione passa attraverso il tema dell'inclusione sociale e dell'accessibilità dei soggetti disabili.

Il recente d.lgs 13 dicembre 2023, n. 222, all'articolo 1, comma 2 fornisce una definizione di accessibilità da intendersi come: *"l'accesso e la fruibilità, su base di eguaglianza con gli altri, dell'ambiente fisico, dei servizi pubblici, compresi i servizi elettronici e di emergenza, dell'informazione e della comunicazione, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili, anche mediante l'adozione di misure specifiche per le varie disabilità ovvero di meccanismi di assistenza o predisposizione di accomodamenti ragionevoli."* Il suddetto d.lgs. ha la finalità di attuare l'articolo 2, comma 2, lettera e) della l. N. 227/2021 (Delega al Governo in materia di disabilità), per garantire l'accessibilità alle Pubbliche Amministrazioni da parte dei soggetti con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le Pubbliche amministrazioni, rispettando i principi stabiliti dal diritto europeo ed internazionale in materia.

Tra i suoi obiettivi la Fondazione IRCCS si propone di assicurare l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

2. PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati.

Esso si svolge con frequenza annuale attraverso l'impiego di due strumenti metodologici:

- il processo di budget (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;

- il sistema di valutazione individuale che consente di misurare e valutare la performance individuale. Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del ciclo della performance:
 - la misurazione riguarda la definizione di opportuni indicatori allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
 - la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.
- Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia recepisce:
- le disposizioni di legge, come da d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150;
 - le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV *"Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde"*;
 - le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida (*"Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance"*).

L'attuazione della *mission* da parte della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo avviene per mezzo di un modello organizzativo definito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) ed incentrato sulla gestione per processi.

Nel modello organizzativo basato sui processi vengono quindi individuate due matrici gestionali in cui si distinguono due macro tipologie di processi:

- processi per la produzione delle prestazioni sanitarie che determinano la matrice produttiva e gestionale;
- processi necessari per migliorare e ottimizzare il funzionamento della struttura aziendale e/o delle unità organizzative attraverso una specifica tecnostruttura gestionale.

La Fondazione IRCCS basa il suo funzionamento organizzativo soprattutto sui processi produttivi, considerati come un insieme di *"operazioni"* con vari livelli di interdipendenza che utilizzano risorse per produrre un output di processo e un *outcome* di salute in grado di soddisfare la domanda.

Ciò posto, si evidenzia che la L. n. 190/2012 ed ANAC – quest'ultima in più occasioni, da ultimo con i PNA 2019-2021 e con il PNA 2022 (approvato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* – ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance.

Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall'Autorità Anticorruzione, la Fondazione si sta adoperando per garantire l'integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

Con DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024, Regione Lombardia ha comunicato gli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 (cd. *"Regole di Sistema 2025"*).

Per la Fondazione IRCCS il Consiglio di Amministrazione assegna obiettivi annuali al Direttore Generale, da estendersi poi a tutta la Direzione Strategica, ed al Direttore Scientifico.

Nel momento in cui si scrive, la Fondazione IRCCS non ha ancora deliberato obiettivi specifici al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico per l'anno 2025.

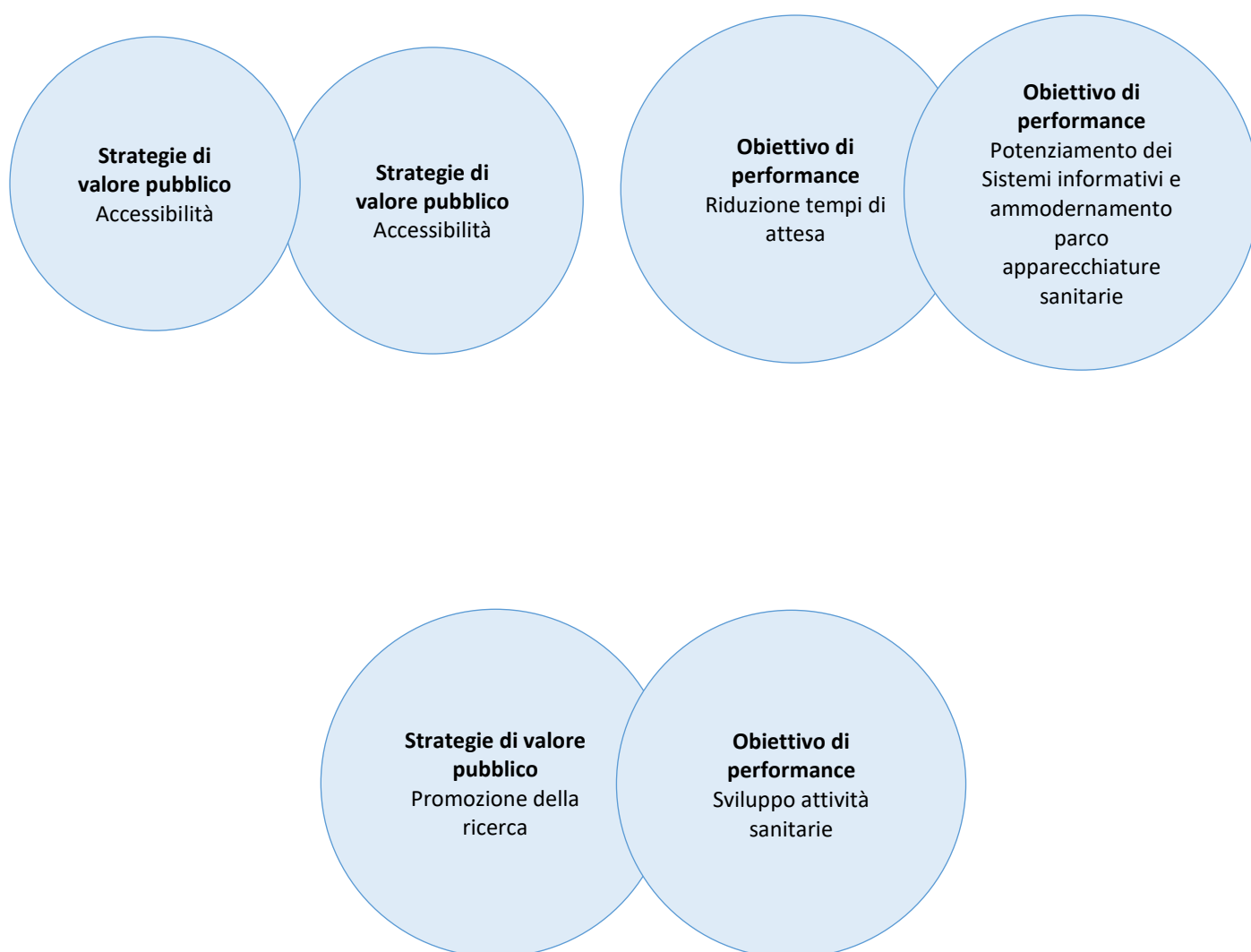
Pertanto, nell'Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici (Tabella n. 1), suscettibili di modifiche/integrazioni in corso d'anno, con i rispettivi indicatori che saranno utilizzati per la misurazione dei risultati conseguiti e obiettivi di performance di carattere operativo (Tabella n. 2) relativi alle seguenti aree di performance:

- sviluppo delle attività sanitarie;
- sviluppo dell'attività di ricerca;
- qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure;
- digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie.

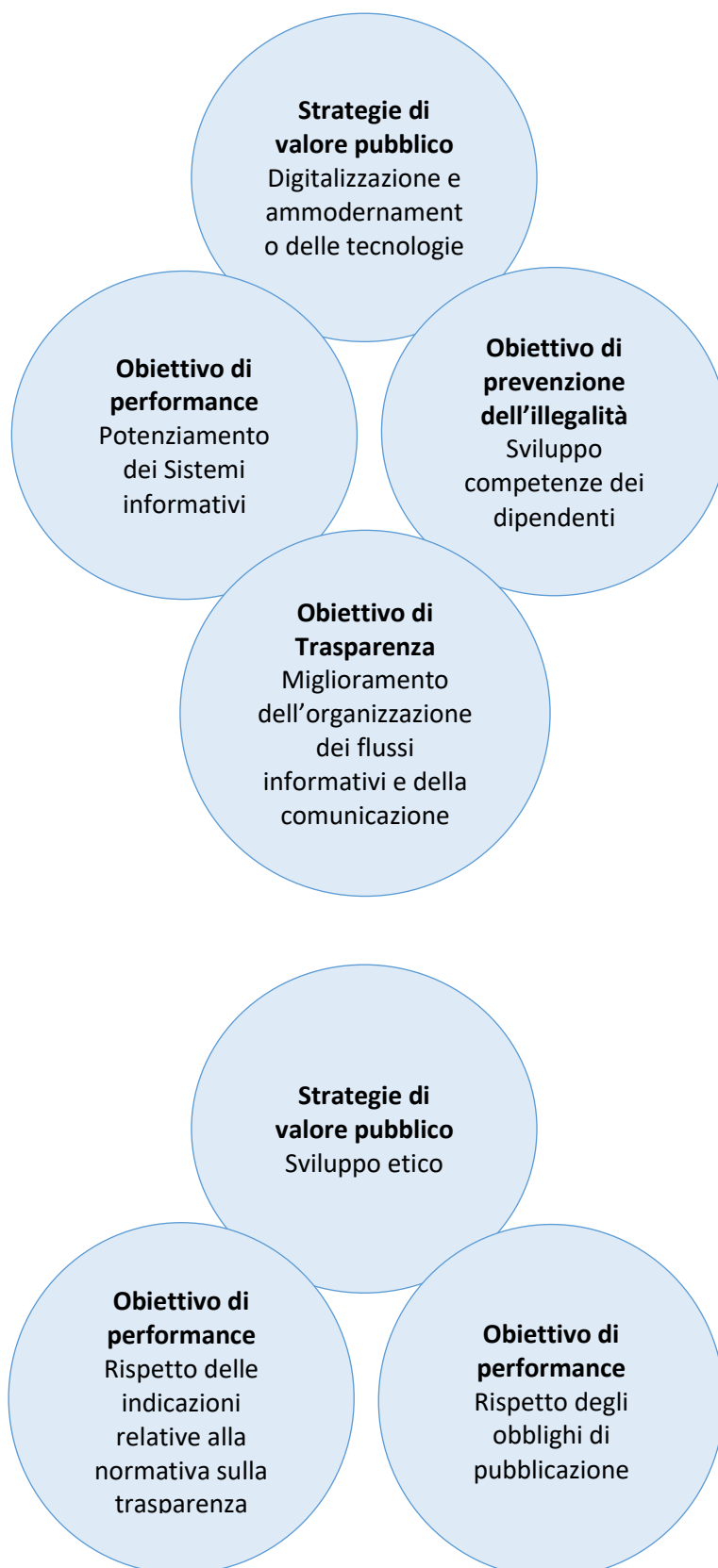
In continuità con quanto indicato nel PIAO precedente, gli obiettivi di performance strategici ed operativi indicati nelle tabelle 1 e 2 si riferiscono a progettualità di carattere pluriennale (avviate in precedenza ed in corso di implementazione/completamento) oppure caratterizzanti anche il 2025, data l'importanza della tematica di riferimento e tenuto conto della *mission* e *vision* della Fondazione IRCCS. Sono inoltre presenti progetti/processi operativi specifici in avvio col 2025.

In relazione a quanto sopra riportato, si evidenziano le seguenti correlazioni tra obiettivi di Valore pubblico, obiettivi di performance, obiettivi di prevenzione dell'illegalità ed obiettivi di trasparenza, nell'ottica di un sistema integrato degli strumenti di programmazione aziendale:

➤ Integrazione tra obiettivi di valore pubblico ed obiettivi di performance:



➤ Integrazione tra obiettivi di valore pubblico, obiettivi di performance, obiettivi di prevenzione dell'illegalità ed obiettivi di trasparenza:



3. ANTICORRUZIONE

Premessa

La presente sezione contiene il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza il quale rappresenta per la Fondazione IRCCS un significativo momento di analisi delle proprie attività al fine di:

- a) ridurre l'opportunità di manifestazione dei casi di corruzione;
- b) aumentare le capacità di scoprire i casi di corruzione;
- c) creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- d) garantire un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate da ANAC.

La presente sezione del PIAO è redatta in base alle disposizioni del PNA 2022 (approvato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023), alle indicazioni fornite da ANAC nella seduta del 21 luglio 2021 (Atti di regolazione e normativi in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza successivi al PNA 2019), agli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022. Si sono, altresì, tenute presenti le indicazioni di cui al PNA 2019-2021.

Il PNA 2022 è finalizzato a rafforzare l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, puntando nello stesso tempo a semplificare e velocizzare le procedure amministrative

La presente sezione del PIAO risponde ai principi di dinamicità, modularità e progressività, nonché al principio di semplificazione, alla base della riforma introdotta dal d.l. n. 80/2021.

Conferma un ampio spazio dedicato alla trasparenza proprio al fine di rafforzarne il valore di strumento di prevenzione della corruzione.

Parte Generale

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione e prevenzione della corruzione e dell'illegalità, i soggetti di riferimento, a livello nazionale e regionale, sono i seguenti:

1. Dipartimento della funzione pubblica (DFP);
2. Comitato interministeriale per la prevenzione e il controllo della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
3. Autorità nazionale anticorruzione (ANAC);
4. Corte dei Conti;
5. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);
6. Unità d'Informazione Finanziaria per l'Italia;
7. Organismo Regionale per le attività di controllo (ORAC).

I soggetti che, invece, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione IRCCS sono:

1. il Consiglio di Amministrazione, quale organo di indirizzo politico della Fondazione IRCCS;
2. la Direzione strategica aziendale;
3. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
4. Il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni;
5. i Direttori di Struttura per l'area di rispettiva competenza;
6. il Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.);
7. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
8. la Funzione di Internal Auditing;
9. il personale della Fondazione IRCCS (dirigenza e comparto);
10. i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS.

E' onere e cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nella strategia anticorruptiva.

1. Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS, quale organo di indirizzo politico, oltre a designare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed ad approvare il PIAO, secondo lo statuto adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, ivi compresi quelli che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, in via prioritaria gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza i quali non possono non tener conto degli obiettivi di valore pubblico della Fondazione IRCCS.

2. La Direzione Strategica Aziendale

La Direzione strategica della Fondazione IRCCS (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico) assicura al RPCT il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le strutture della Fondazione IRCCS.

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obbligo di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione dell'illegalità rappresentano, quindi, il risultato di un'azione sinergica del RPCT, della Direzione strategica e dei singoli Responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

3. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

La Fondazione IRCCS ha individuato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza cui compete, oltre l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione, attività di impulso e coordinamento finalizzate al coinvolgimento, in sede di gestione del rischio, di tutti coloro che operano in Fondazione IRCCS, con particolare riferimento ai Direttori delle Strutture/uffici e organi interni dell'IRCCS.

In particolare, il RPCT ha collaborato con il Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, con il Direttore della SC Controllo di Gestione, con il referente CUG, per gli aspetti relativi all'elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano gli ambiti di propria competenza.

Analogamente collabora, in modo costante, con gli altri soggetti della Fondazione IRCCS per la fase di controllo e monitoraggio sull'attuazione delle misure previste.

Tale ruolo risulta essere tanto più attuale in considerazione delle recenti indicazioni regionali in materia di adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle strutture sanitarie pubbliche lombarde approvate da Regione Lombardia con DGR XI/6026 del 1 marzo 2022 le quali prevedono la creazione di un Comitato di coordinamento dei controlli interni, presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione.

4. Comitato di coordinamento dei controlli Interni

La Fondazione IRCCS, con decreto n. 5/DG/455 del 7 aprile 2023, ha istituito il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni in attuazione del Piano di Organizzazione Strategica (POAS) 2022-2024 approvato da Regione Lombardia con dgr n. XI/6813 del 2 agosto 2022, da ultimo aggiornato con Delibera n.5/CDA/87 del 26 ottobre 2023.

Il Comitato, afferente alla Direzione Generale della Fondazione IRCCS, è organo preposto a garantire sinergia e collegamento tra i diversi ambiti e le diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che coinvolga gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controlli in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

La Fondazione IRCCS, con Decreto n. 5/DG/1741 del 29 dicembre 2023, ha, successivamente, adottato il Regolamento di funzionamento del Comitato di Coordinamento dei controlli, avente lo scopo di implementare e rafforzare il Sistema dei Controlli Interni della Fondazione IRCCS, in attuazione dei principi e degli indirizzi forniti da Regione Lombardia con la dgr XI/6278 dell'11 aprile 2022, avente ad

oggetto “Linee guida regionali per l’adozione dei Piani di Organizzazione Strategica (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)”.

Il Sistema dei controlli interni della Fondazione IRCCS è da considerarsi parte integrante dell’assetto organizzativo e gestionale della stessa, con l’obiettivo di divenire lo strumento principale di verifica dei dati, dei criteri valutativi specifici per l’attività gestionale e la conseguente capacità di autocorrezione della propria azione.

Obiettivo principale del controllo interno è individuare e, successivamente, prevenire e/o limitare e contenere i rischi che possano compromettere l’andamento e l’esito delle attività, riducendone e limitandone l’impatto sulla Fondazione IRCCS.

Il Comitato ha il compito di:

- rafforzare il coordinamento e la cooperazione tra le funzioni aziendali di controllo;
- fornire una rappresentazione integrata dei rischi cui la Fondazione IRCCS è esposta, anche solo a livello potenziale;
- favorire la valutazione di metodi di rilevazione e di valutazione dei modelli di reportistica dei rischi, al fine di una corretta comprensione e valutazione degli stessi;
- promuovere la cultura della legalità e la crescita del valore pubblico;
- in casi specifici, effettuare direttamente e in modalità congrua controlli su assetti e processi.

Il Comitato opera nell’ambito del Sistema dei Controlli Interni e si relaziona col Collegio Sindacale e con il Nucleo di Valutazione al fine di accertare e favorire l’adeguato coordinamento di tutte le funzioni di controllo.

Obiettivo del Comitato è inoltre quello di contribuire alla pianificazione strategica, fornendo i risultati e gli esiti dei controlli effettuati e traducendone le evidenze in nuove modalità, processi o procedure, il più possibile migliorative.

Compongono il Comitato:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Direttore Medico di Presidio;
- Direttore della SC Controllo di Gestione;
- Direttore SC Qualità e *Risk Management*;
- Direttore del Dipartimento Amministrativo;
- Referente Privacy.

Il Comitato è presieduto dal RPCT ed afferisce, nell’espletamento delle proprie funzioni, direttamente al Direttore Generale.

Sulla base dell’ordine del giorno possono essere invitati a partecipare i Responsabili degli assetti coinvolti per la loro competenza.

Il Comitato procede, con cadenza annuale, alla rivalutazione dei processi relativi alle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio.

Il Comitato di Coordinamento dei Controlli si è riunito, nel corso de 2024, al fine di analizzare le recenti comunicazioni ORAC, giunte tra il 16 e il 22 ottobre 2024, relative a richieste di riscontro sullo stato di attuazione delle raccomandazioni formulate con loro precedenti Delibere su tematiche specifiche. Di seguito si riporta l’oggetto della comunicazione:

- a) Ob. 4 PdA 2024 ORAC “Sistema controlli interno” – Monitoraggio dello stato di adempimento delle raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;
- b) Obiettivo 3D PDA 2024 ORAC GARANZIE FIDEIUSSORIE Monitoraggio dello stato di adempimento delle raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;
- c) OB. 10 PDA 2024 ORAC RETE IA Monitoraggio dello stato di adempimento delle raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

- d) Obiettivo 1 PdA 2024 ORAC – Monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

Relativamente alla prima comunicazione inerente il Sistema di Controllo Interno (SCI), il Direttore Generale ha fornito riscontro formale, demandando al Comitato di Coordinamento dei Controlli l’avvio di un percorso di analisi degli ambiti attenzionati.

Il Comitato si è pertanto impegnato in tal senso, proponendosi di pervenire ad un’analisi di dettaglio ponendosi come base di partenza le risposte fornite al questionario di autovalutazione dello SCI della Fondazione IRCCS.

5. [I Direttori di Struttura per l’area di rispettiva competenza](#)

I Direttori della Fondazione IRCCS, per l’area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei dirigenti responsabili di struttura e dell’autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l’osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l’avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C., nel Codice di comportamento;
- g) svolgono i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (come modificata dalla l. 75/2017).

I Dirigenti delle Strutture all’interno della Fondazione IRCCS concorrono con il RPCT a:

- a) individuare le attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del piano anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare i rapporti tra l’amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti della Fondazione IRCCS;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato “*a cascata*”, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti nell’attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l’implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti della Fondazione IRCCS concorrono con il RPCT a curare che siano rispettate le disposizioni del d. lgs. n. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

- a) segnalano al RPCT l’esistenza o l’insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché lo stesso proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- b) segnalano, altresì, al RPCT i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il RPCT li segnali all’ANAC, all’Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell’esercizio delle funzioni di cui alla l. 215/04, nonché alla Corte dei Conti, per l’accertamento di eventuali responsabilità

amministrative e contabili.

6. Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.):

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dalla Fondazione IRCCS.

7. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- a) attiva i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (come modificata dalla l. 75/2017);
- b) se non già effettuate, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- d) propone l'aggiornamento del Regolamento per i procedimenti disciplinari.

8. La Funzione di Internal Auditing

L'attività di I.A. è una funzione di verifica indipendente, in staff alla Direzione Generale, che ha la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali con l'obiettivo di fornire un supporto:

- a) al vertice aziendale, per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione;
- b) a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

In particolare, la Funzione di I.A. assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni, attuando, a sua volta, tre tipologie di controllo (cd. di terzo livello):

- a) conformità alle leggi ed ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure ed alle prassi interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
- b) efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi, per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
- c) attendibilità delle informazioni di bilancio: audit economico-finanziario (financial audit).

Tra i compiti dell'Internal Auditor vi è anche la predisposizione di un Piano annuale di Internal Auditing che, basandosi sul risk assessment, individui i rischi da presidiare in relazione agli obiettivi strategici da realizzare.

9. Tutto il personale della Fondazione IRCCS

Tutto il personale della Fondazione IRCCS (sia della dirigenza che del comparto) partecipa al processo di gestione del rischio, osservando le misure di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità individuate dalla Fondazione IRCCS.

Tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS, nel caso in cui ravvisino la sussistenza di un conflitto di interesse, anche potenziale (*Art 6 bis l. 241/90*), sono tenuti a segnalarlo al proprio Dirigente di riferimento e ad astenersi dalle funzioni loro affidate.

Tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS sono tenuti, altresì, a segnalare al proprio Dirigente di riferimento o, in alternativa, al RPCT le condotte di colleghi o di terzi che ritengono non conformi alle norme etiche della Fondazione IRCCS e/o alle misure preventive.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

10. Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS

I collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS, ivi compresi i dipendenti dell'Università di Pavia operanti presso la Fondazione IRCCS in regime di convenzione, gli specializzandi, i tirocinanti e i

frequentatori volontari, osservano le misure e segnalano le situazioni di illecito (art. 2 Codice di comportamento aziendale).

Analisi dei Rischi

Analizzare i fattori di rischio corruttivo costituisce la base per l'attuazione della mappatura e l'aggiornamento dei settori esposti a tale rischio.

Tale attività permette di analizzare in modo dettagliato i processi, e quindi, di individuare le misure correttive più efficaci.

La collaborazione tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e i Responsabili delle strutture coinvolte, considerate a maggior rischio, ha contribuito all'individuazione di dettagliate misure correttive.

Tale modalità di lavoro ha permesso ai dirigenti delle strutture interrogate di riesaminare i processi su cui si interviene con più frequenza.

Pertanto l'applicazione di tale metodo ha consentito:

- l'aggiornamento della mappatura delle aree considerate esposte a maggior rischio corruttivo e delle singole valutazioni di rischio;
- l'aggiornamento delle misure di prevenzione della corruzione.

Il processo di gestione del rischio di corruzione

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.

La condivisione da parte della Fondazione IRCCS di un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo consente di considerare la predisposizione del presente documento quale processo sostanziale e non meramente formale, nell'ottica di disporre di uno strumento organizzativo utile, chiaro, comprensibile per intervenire in via preventiva su fattori potenzialmente fonte di rischi corruttivi.

Coerentemente con quanto evidenziato dal PNA 2022 il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti macro fasi:

1. Analisi del contesto (esterno ed interno) in cui opera la Fondazione IRCCS;
2. Valutazione del rischio;
3. Trattamento del rischio,

a queste si affiancano, poi, due fasi trasversali:

1. Consultazione e comunicazione;
2. Monitoraggio e riesame.

1. Analisi del contesto, interno ed esterno

L'analisi del contesto esterno ha un duplice obiettivo:

- a) evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- b) condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'idoneità delle misure di prevenzione.

Pertanto, nel delineare il contesto di riferimento della presente sezione del PIAO, è importante procedere all'individuazione e descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche del territorio pavese.

Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno rappresenta la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio, attraverso la quale ottenere informazioni necessarie a comprendere come il rischio di corruzione possa manifestarsi all'interno dell'amministrazione per via della specificità dell'ambiente in cui la stessa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali.

Il contesto territoriale su cui insiste la Fondazione IRCCS è rappresentato dall'intero territorio provinciale. La Provincia di Pavia è la terza Provincia lombarda per estensione (2.968 Km² pari 12,4% del territorio regionale) e per numero di Comuni (186), molti dei quali sono agglomerati urbani di piccole dimensioni, specie nelle zone collinari e montuose.

La popolazione residente provinciale è costituita da circa 546.000 unità stimate, con un'età media tra le più elevate della Regione, il territorio ha una densità abitativa (185 abitanti per km²) fra le più basse in Lombardia.

A fronte di un tessuto sociale costituito da una popolazione anziana, il tessuto economico è caratterizzato da una forte tradizione agricolo – rurale, con insediamenti industriali limitati, un'economia caratterizzata da micro imprese, con scarsa propensione all'associazionismo.

Il terziario è il primo settore per numero di aziende e per valore aggiunto della provincia di Pavia malgrado la vicina presenza del polo milanese ed è costituito in buona parte dai servizi alle imprese e alla persona, con particolare rilievo all'assistenza sanitaria e sociale (la rete di ospedali pubblici in provincia di Pavia da sola occupa oltre 6.000 dipendenti, ai quali si aggiungono i dipendenti delle numerose strutture sanitarie e sociosanitarie private ed accreditate presenti nel territorio provinciale) ed alla cultura universitaria.

Nel corso degli ultimi anni si è verificato un declino progressivo del terziario tradizionale (commercio in particolare) che costituisce comunque a tutt'oggi il comparto prevalente.

Il contesto provinciale in cui si inserisce l'attività della Fondazione IRCCS è quindi caratterizzato da un'economia poco dinamica, in cui il settore pubblico costituisce una delle principali fonti di lavoro e di opportunità commerciali.

Nel contesto sopra evidenziato si collocano purtroppo, accanto ad attività assolutamente lodevoli ed irreprensibili, pericolose devianze criminali.

Oltre a casi di corruzione nell'ambito del settore agricolo, dell'inquinamento ambientale, delle malattie professionali e del traffico di rifiuti, nell'ambito dei delitti contro la Pubblica Amministrazione indagini di particolare complessità si sono focalizzate nel settore delle Aziende Municipalizzate, Enti locali e edilizia pubblica.

Contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti organizzativi dell'Amministrazione che possono influenzare la sensibilità dell'Ente al rischio corruttivo, con un duplice obiettivo:

- a) far emergere il sistema di responsabilità;
- b) far emergere il livello di complessità dell'amministrazione.

La Fondazione IRCCS è un ente di rilievo nazionale ed internazionale di natura pubblica con forte presenza universitaria che si caratterizza per l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori.

Le aree di eccellenza sono molteplici. Tra queste: cardiologia, cardiocirurgia, ematologia, malattie infettive, ortopedia, oncematologia pediatrica, chirurgia robotica, banca del cordone ombelicale e lo studio delle malattie rare.

Nel corso del 2022, la Direzione Strategica ha avviato una revisione dell'assetto organizzativo dell'Ente che ha portato all'approvazione di alcune significative modifiche al POAS, come meglio specificato nel decreto del Direttore generale n.5/D.G./1154 del 5 settembre 2022 recante *"Preso d'atto della D.G.R. N. XI/6831 del 02/08/2022 di adozione ed attuazione del nuovo POAS della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia"*, successivamente aggiornato con deliberazioni n.5/CDA/87 del 26 ottobre 2023 e n. 6/CDA/53 del 26 settembre 2024. Le proposte di modifica del POAS della Fondazione IRCCS, relativo al triennio 2022-2024, sono state approvate da Regione Lombardia DDGRR n. XII/1565 del 18 dicembre 2023 e n. XII/3726 del 30 dicembre 2024).

Per la parte che qui interessa, si ritiene necessario segnalare le seguenti Strutture della Fondazione IRCCS le cui peculiari caratteristiche organizzative e competenze possono influenzare il profilo di rischio dell'Amministrazione:

la Direzione Generale, con particolare riferimento alle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Avvocatura - Legale e Contenzioso;
- SC Ingegneria Clinica Aziendale;
- SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza;
- SC Sistemi Informativi;
- SS Comunicazione aziendale, relazioni esterne e URP;

la Direzione Sanitaria, con particolare riferimento alle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Direzione Medica di Presidio;
- SC Direzione Professioni Sanitarie;
- SC Fisica Sanitaria;
- SC Farmacia Ospedaliera.

il Dipartimento Amministrativo, nelle sue articolazioni organizzative:

- SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato);
- SC Gestione Tecnico-Patrimoniale;
- SC Affari Generali e Istituzionali;
- SSD Servizio Amministrativo Ricerca e Sviluppo
- SS Area Accoglienza – CUP aziendali e libera professione;

La mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati relativi all'Ente e alla rappresentazione della dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi.

Per "*mappatura dei processi*" si intende l'individuazione e l'analisi dei processi organizzativi, un esame graduale di tutta l'attività svolta dalla Fondazione IRCCS al fine di comprendere se, in ragione della natura e della peculiarità della stessa, vi siano potenziali rischi corruttivi.

Pertanto la mappatura dei processi, ha carattere strumentale ai fini della identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi, al fine di pervenire all'individuazione di adeguate misure di prevenzione.

È stata, quindi, avviata la selezione in via prioritaria di quei processi che, in ragione della natura e della complessità del contesto aziendale, sono stati ritenuti maggiormente incisivi nella valutazione finale del rischio e, quindi, potenzialmente più critici.

Conseguentemente, nella scelta delle Strutture da coinvolgere, sono state privilegiate quelle operanti nelle aree ritenute maggiormente a rischio, ossia:

- SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato);
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Ingegneria Clinica;
- SC Sistemi Informativi;
- SC Avvocatura - Legale e Contenzioso;
- SC Affari Generali e Istituzionali;
- SC Farmacia Ospedaliera;
- SC Fisica sanitaria;
- SC Direzione medica di presidio;
- SSD Servizio Amministrativo Ricerca e Sviluppo;
- SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale – Sicurezza;
- SS Comunicazione Aziendale, relazioni esterne e URP;

– SSD Area Accoglienza – CUP Aziendali e Libera Professione;

In data 11 novembre 2024, il RPCT ha inteso condividere con i Direttori/Responsabili delle Strutture individuate la mappatura dei processi aziendali finalizzata al recepimento delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC.

L'attività proposta si è sviluppata attraverso la predisposizione di un file *excel* in grado di contenere le principali "novità" introdotte dalle indicazioni ANAC.

In particolare, è stato richiesto a ciascun Direttore/Responsabile delle Strutture interessate:

- a) l'identificazione ed aggiornamento di tutti i processi di competenza della struttura,
- b) la descrizione puntuale dei processi indetificati;
- c) la rappresentazione del processo identificato e descritto.

Con specifico riferimento alla descrizione del processo, preme evidenziare come tale attività sia stata strutturata tenendo conto dei seguenti elementi:

1. indicazione degli elementi in ingresso che innescano il processo – *input*;
2. risultato atteso del processo – *output*;
3. sequenza di attività che consente di raggiungere l'output;
4. sequenza di fasi in cui è possibile scomporre l'attività;
5. soggetti responsabili di ciascun processo/attività;
6. risorse umane necessarie a garantire il corretto funzionamento del processo;
7. procedure, istruzioni operative, regolamenti vigenti che disciplinano il processo;
8. rischio specifico/criticità del processo;
9. fattori abilitanti del rischio corruttivo (a titolo esemplificativo: assenza di misure di prevenzione, mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processo);
10. valutazione complessiva del rischio del processo;
11. misure di contrasto del processo;
12. attuazione misura.

Di seguito lo schema utilizzato:

REGISTRO DEI RISCHI											
UNITA' OPERATIVA											
PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE PROCESSO E ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPEGNATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	ATTUAZIONE E MISURA

I processi a rischio tipicamente corruttivo sono stati suddivisi per aree di rischio generali e specifiche e per Strutture competenti, come dettagliato nel Registro dei Rischi 2024-2026: i "Contratti pubblici (lavori, servizi e forniture)", l' "Acquisizione e gestione del personale", la "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio", "Incarichi e nomine", "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni", "Affari legali e contenzioso", "Provvedimenti ampliati della sfera giuridica del destinatario" e quali Aree a rischio specifico per il Settore Sanità la "Libera professione e Liste di attesa", i "Rapporti contrattuali con privati accreditati", la "Farmaceutica, dispositivi e apparecchiature" e l' "Attività conseguenti il decesso ospedaliero".

Contestualmente alla mappatura dei processi, è stato richiesto alle Strutture della Fondazione IRCCS operanti nelle aree a rischio di mappare - così come indicato da ANAC - tutti i processi di competenza della struttura, anche quelli nei quali normalmente non si rinviene un rischio di natura propriamente corruttiva.

Si è ritenuto, inoltre, necessario estendere la mappatura dei processi, coinvolgendo la SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale – Sicurezza, la SSD Area Accoglienza – CUP Aziendali e Libera Professione nonché la SS Comunicazione Aziendale, relazioni esterne e URP sul presupposto che alcuni dei processi presidiati da tali strutture siano potenzialmente soggetti a rischio corruttivo.

L'analisi condotta dalle Strutture aziendali nel corso del 2024, ha portato all'individuazione dei processi, con relative misure di contrasto, di cui al Registro dei Rischi allegato al presente PIAO.

Nel Registro dei rischi relativo all'annualità 2024 è stato chiesto a ciascun Direttore di Struttura di dare evidenza - per ciascun processo - dell'attuazione o mancata attuazione (quest'ultima da motivare) delle misure di contrasto e/o di prevenzione individuate, indicando le modalità adottate dal Responsabile della Struttura per renderle quanto più possibili efficaci.

Su tale aspetto, è emerso quanto segue:

- un potenziamento dell'attività di verifica e controllo in tutti i processi;
- un'attenzione particolare alla "collegialità" ossia alla partecipazione di più persone nelle varie fasi del processo e nell'attività stessa di controllo;
- una maggiore informatizzazione, con utilizzo di gestionali ad hoc, a garanzia della trasparenza e della pubblicità.

L'aggiornamento della mappatura realizzata nel corso dell'anno ha confermato ulteriormente la complessità della realtà aziendale che si presenta articolata e diversificata e che, pertanto, richiederà, nel prosieguo, un costante approfondimento dei singoli processi nelle loro fasi e nelle loro attività.

Con riguardo all'individuazione dei rischi, meritano attenzione i processi e relative fasi, soggetti a rischio corruttivo, con le correlate misure di contrasto identificati dalle strutture da ultimo coinvolte:

1) SC SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - SICUREZZA:

- Processo: MACRO-AREA 5, MACRO-ATTIVITA' 5.2, 5.3, 5.8;
- Descrizione del Processo: Igiene industriale e ambientale, monitoraggi ambientali e biologici, gestione amianto;
- Misura di Contrasto: Revisione degli allegati e dei certificati emessi dalla struttura con applicazione di un livello di verifica intermedio.

2) SS COMUNICAZIONE AZIENDALE, RELAZIONI ESTERNE E URP:

- Processo: Gestione dei reclami e delle segnalazioni di pazienti, cittadini e utenti;
- Misura di contrasto: Sistema gestionale per la raccolta e il trattamento dei reclami;
- Attuazione misura: Tracciabilità delle segnalazioni e dei reclami – Monitoraggio sui tempi e sulle modalità di risposta alle segnalazioni;

3) SSD AREA ACCOGLIENZA – CUP AZIENDALI E LIBERA PROFESSIONE:

- Processo: Prenotazioni telefoniche di visite in regime LP tramite agende informatizzate;
- Misura di contrasto: Monitoraggio periodico a cura del Responsabile dell'attività della equa distribuzione delle prenotazioni ai professionisti autorizzati alla LP ambulatoriale; adozione di misure organizzative al fine del controllo dell'applicazione del divieto di segnalazione da parte del personale addetto alla prenotazione di professionisti esercitanti la LP ambulatoriale;

La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase della gestione del rischio in cui lo stesso è:

- identificato;
- analizzato;
- confrontato con altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive che si concretizzano nel trattamento del rischio.

Come anticipato, tale attività è stata condotta con il contributo attivo delle differenti componenti aziendali, privilegiando - conformemente a quanto suggerito da ANAC - l'approccio valutativo basato su adeguate motivazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi e tenuto conto dei seguenti parametri:

- grado di discrezionalità del decisore interno alla Fondazione IRCCS: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quell'attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- eventuale opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.

In questa prima fase, un'attenzione particolare è stata riservata all'analisi dei cosiddetti "*fattori abilitanti della corruzione*", quali:

- la mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- l'eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- l'accentramento di funzioni in capo ad un unico soggetto;
- l'assenza di rotazione tra il personale;
- la presenza di personale adibito sempre alle stesse funzioni;
- l'inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi.

Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, con riferimento ai processi attualmente individuati, la Fondazione IRCCS ha progettato l'attuazione di misure specifiche e puntuali, nel rispetto del principio di sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

Le tipologie di misure individuate nel presente Piano sono riconducibili a due categorie: le misure generali e le misure specifiche.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici, pertanto, devono essere ben contestualizzate rispetto al processo ed al rischio di riferimento.

Entrambe le tipologie di misure sono utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

La responsabilità del monitoraggio è senz'altro in capo al RPCT.

Tuttavia, data la complessità dell'Ente, si ritiene che l'adozione di un sistema di monitoraggio su più livelli possa essere una soluzione metodologica percorribile al fine di garantire un presidio ed un controllo completo.

È stata prevista nel corso del 2024 la stesura di un piano di monitoraggio annuale in cui vengono indicati:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

Consultazione e Comunicazione

La fase "*trasversale*" di consultazione e comunicazione risulta essere contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio corruttivo e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni ai fini del reperimento delle informazioni necessarie ad individuare la migliore strategia di prevenzione della corruzione;
- attività di comunicazione, interna ed esterna, delle azioni intraprese e da intraprendere.

Le misure generali

Codice comportamentale

Tra le misure di prevenzione della corruzione, il Codice di Comportamento riveste un ruolo importante nella strategia delineata dalla l. 190/2012 (nuovo articolo 54 del d.lgs. n. 165/2001), costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte del personale e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi.

La Fondazione IRCCS ha adottato il proprio *'Codice etico-comportamentale'* aggiornandolo ed integrandolo a seguito della normativa sopravvenuta ed, in particolare, della Delibera ANAC n.358 del 29 marzo 2017 recante *"Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale"*.

Si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo presso la Fondazione IRCCS, anche se non dipendenti, compresi gli organi di indirizzo politico-amministrativo, il Presidente, i componenti del Nucleo di Valutazione.

Il codice, oltre a definire i doveri minimi di diligenza, imparzialità, lealtà che costituiscono norme di comportamento nello svolgimento della propria attività lavorativa, prevede una procedura dettagliata ed univoca per la gestione del conflitto di interessi, introduce l'ipotesi relativa alla segnalazione da parte dei dirigenti di eventuali situazioni di illecito direttamente al RPCT, richiama la disciplina della tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing).

Infine, contiene specifiche disposizioni riguardanti l'attività assistenziale e di ricerca, l'esercizio della libera professione e la corretta tenuta e gestione della cartella clinica.

Il Codice etico-comportamentale della Fondazione IRCCS è stato aggiornato al fine di renderlo conforme alla normativa vigente e, in particolare, al d.l. 30 aprile 2022, n. 35 recante *"Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR 2)"*, convertito con modificazioni dalla l. 29 giugno 2022, n. 79, a riforma dell'articolo 54 del d.lgs. n. 165/2001 ed al d.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 recante 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'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*.

Il nuovo codice è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 20 dicembre 2024 ed è stato pubblicato nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* e nella pagina intranet oltre ad essere stato inviato a tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS.

Conflitto di interessi

I dipendenti della Fondazione IRCCS, ai sensi dell'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6-bis nella l. n. 241/90, rubricato *"Conflitto di interessi"*, sono tenuti a prestare massima attenzione alle situazioni di 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.

L'art. 7 del dpr n. 62/2013 prevede in generale che *"il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia il tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente*

si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Alla luce di quanto sopra esposto, si segnalano i seguenti ambiti di rilievo:

1) [Formazione di commissioni, nei concorsi e nelle procedure selettive per assunzioni e nelle assegnazioni agli uffici](#)

L'art. 35-*bis* del d.lgs. n. 165/2001 prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
 - di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- La nomina in contrasto con l'art. 35-*bis* determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-*bis* del d.lgs. 165/2001, il RPCT, non appena ne sia a conoscenza, provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

La Fondazione IRCCS assicura, attraverso l'espletamento di selezioni pubbliche e nel rispetto delle norme nazionali generali (d.lgs. n. 165/2001) e di settore (dpr n. 220/2001; dpr n. 483/1997; dm n. 3001/1998 e 31/01/1998), il reclutamento del personale, garantendo pari opportunità e trasparenza amministrativa.

Più precisamente svolge attività di monitoraggio in merito alla composizione delle commissioni, garantendo la rotazione dei componenti.

Monitora periodicamente gli adempimenti di pubblicità di competenza potenziandolo con l'ausilio sistemi informatici.

2) [Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti \(es. consulenze d.lgs. n. 165/2001\)](#)

Il rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione è caratterizzato da specifiche incompatibilità con altri impieghi. Tali incompatibilità sono prescritte dall'ordinamento in ragione dello status giuridico di dipendente pubblico, il quale, ai sensi dell'art. 98 della Costituzione, è "al servizio esclusivo della Nazione".

L'Azienda può conferire delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, intendendosi per tali le attività non ricomprese nei compiti e doveri d'ufficio, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio, così come previsto dall'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

Al fine di regolamentare la materia, la Fondazione IRCCS ha emanato il "*Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali*" (Reg. n. 37/2014, approvato con deliberazione n. 3/C.d.A./0248 del 6 novembre 2014 e successivamente modificato con deliberazione n. 4/C.d.A./0116 del 15 dicembre 2016).

Nell'ambito del regolamento vengono espressamente indicate le attività incompatibili con la prestazione di lavoro dipendente (black list attività precluse – art.2 "*Attività e incarichi incompatibili*") e vengono esemplificate alcune fattispecie nelle quali si ravvisa la sussistenza di conflitto di interessi (art. 8 "*Conflitto di interessi*").

In considerazione del ruolo svolto dalla Fondazione IRCCS nell'ambito della ricerca scientifica, vengono analizzati gli incarichi di consulenza nel settore clinico e di ricerca scientifica, specificando le modalità previste per la richiesta di autorizzazione.

L'atto regolamentare definisce inoltre la procedura di presentazione della richiesta-rilascio dell'autorizzazione e somministra la modulistica da utilizzare.

La Fondazione IRCCS accerta la regolarità delle verifiche eseguite prima della stipula del contratto, informa il RPCT di eventuali irregolarità, verifica a campione la veridicità delle dichiarazioni rilasciate dai dipendenti.

Per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane si garantisce un doppio controllo sia in fase di rilascio di autorizzazione (nulla osta) sia durante la successiva fase di invio dei dati al Ministero della Funzione pubblica attraverso il portale del Dipartimento PERLAPA.

3) Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.

La Fondazione IRCCS è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute.

I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono:

- controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti;
- controlli in caso di ragionevole dubbio.

I controlli possono essere preventivi o successivi.

I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti o ad atti conosciuti, sussistano ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato.

Con particolare riferimento ai contratti di assunzione, la Fondazione IRCCS verifica presso le amministrazioni competenti (Es: Università; Ministero Grazia e Giustizia; Enti diversi) ciascuna dichiarazione rilasciata dal dipendente, con particolare riferimento ai dati di maggiore interesse, quali il possesso del titolo di studio; l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso; il servizio eventualmente prestato presso altre Amministrazioni pubbliche.

4) Indipendenza dell'iniziativa formative da interessi commerciali

In caso di eventi formativi sponsorizzati da aziende farmaceutiche, durante lo svolgimento dell'evento è consentita l'indicazione solo del principio attivo dei farmaci o del nome generico del prodotto di interesse sanitario. Non può essere indicato alcun nome commerciale. È vietata la pubblicità di prodotti di interesse sanitario nel materiale didattico dell'evento, sia esso cartaceo, informatico o audiovisivo, né sotto forma di finestre, videate, spot promozionali, link banner e forme affini e anche durante le pause dell'attività formativa nella stessa aula. Il tutor deve sorvegliare la correttezza della docenza per quanto concerne l'indipendenza della formazione. I partecipanti si esprimono sulla presenza di interessi commerciali nelle *Customer Satisfaction*.

La Fondazione IRCCS, per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, analizza le *Customer satisfaction* somministrate ai Partecipanti i quali si esprimono sulla presenza di eventuali interessi commerciali. Le risultanze di tali customer sono trasmesse alla Regione per i corsi accreditati ECM.

5) Reclutamento di docenti esterni e Tutor

La Fondazione IRCCS, per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, pubblica periodicamente avviso pubblico per aggiornare e integrare l'Albo Docenti Esterni, non dipendenti della Fondazione IRCCS e neppure ex dipendenti collocati in quiescenza dalla Fondazione, al fine di mantenere i livelli qualitativi della formazione consoni ad un I.R.C.C.S.

Per il reclutamento dei Tutor la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane pubblica un bando interno. In ambito formativo la permanenza nei rispettivi Albi è oggetto di valutazione e monitoraggio mediante *Customer Satisfaction* e/o mediante Audit interni. Ove possibile, si applica il criterio della rotazione.

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane verifica:

- l'appropriatezza della scelta del Docente da parte del Responsabile Scientifico sulla base di CV e del programma dell'EF;
- il rispetto del criterio di rotazione di docenti e tutor.

Whistleblowing

L'Istituto del Whistleblowing è stato introdotto dalla l. 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”*, la quale all'art. 1, comma 51, ha, a sua volta, introdotto l'art. 54-bis all'interno del d.lgs. n. 165/2001, per cui è stata prevista un'apposita forma di tutela per il dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Con l'espressione *“Whistleblower”* si fa riferimento al soggetto che, in ragione del rapporto di lavoro, segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire.

L'istituto del Whistleblowing è indirizzato alla tutela:

- di tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- dei collaboratori, a qualunque titolo sia il rapporto di lavoro intercorrente con la Fondazione IRCCS (autonomo, di diritto privato, di consulenza, di collaborazione);
- dei lavoratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore della Fondazione IRCCS;
- dei collaboratori incaricati, in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza dell'Ente.

La segnalazione rappresenta una manifestazione di senso civico, attraverso cui il segnalante (*Whistleblower*) contribuisce all'emersione ed alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo, salvaguardando così l'interesse all'integrità della Pubblica Amministrazione.

Il *whistleblowing* è uno strumento preventivo che consente al dipendente (*whistleblower*) di segnalare episodi di corruzione, concussione, peculato e qualsiasi illecito commesso contro la Pubblica Amministrazione.

La disciplina in oggetto è stata integrata, dapprima, dalla l. n. 114/2014 recante *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa per l'efficienza degli uffici giudiziari”* che, modificando l'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001, ha provveduto ad introdurre l'Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC – quale soggetto destinatario delle segnalazioni provenienti da altre amministrazioni pubbliche, oltre che dal proprio interno.

ANAC, nel corso del 2015, al fine di fornire indicazioni alle Pubbliche Amministrazioni sulle modalità da adottare per dare piena attuazione all'apposita disciplina, ha provveduto alla pubblicazione delle prime linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, e al tempo stesso auspicava ad una modifica all'art. 54-bis finalizzata a prevedere una maggiore garanzia di tutela del segnalante, il suddetto intervento è stato attuato dal legislatore con la l. 30 novembre 2017, n. 179 recante *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*;

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 si recepisce la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, avente ad oggetto la protezione delle persone che segnalano le violazioni del diritto dell'Unione.

La nuova disciplina contiene numerose novità, tra cui:

- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo ovvero delle condotte che possono essere oggetto di segnalazione;
- la previsione di canali diversificati di segnalazione e regole per la loro presentazione e gestione;
- disciplina delle cosiddette misure ritorsive.

Con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, ANAC ha adottato le nuove *“Linee Guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle*

segnalazioni esterne”, volte a dare indicazioni per la presentazione delle segnalazioni esterne e per la relativa gestione, fornendo altresì principi di cui gli enti pubblici possono tener conto per i propri modelli di organizzazione interna.

Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell’Unione Europea che ledono l’interesse pubblico o l’integrità dell’amministrazione pubblica commesse nell’ambito dell’organizzazione dell’ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene un rapporto lavorativo a qualunque titolo.

Sono escluse dall’applicazione di tale decreto *“le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale del segnalante che attengono esclusivamente ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate”*.

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili affinché il soggetto destinatario possa procedere alle dovute ed appropriate verifiche ed accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione. In particolare è necessario che nella segnalazione risultino evidenti:

- il tempo e il luogo in cui si è verificato il fatto oggetto della segnalazione;
- la descrizione del fatto;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati.

Tra le novità introdotte dal legislatore con il d.lgs. n. 24/2023, di particolare rilevanza è l’individuazione dei canali di gestione delle segnalazione, prevedendo:

- [Canale interno](#), la gestione del canale di segnalazione interna è affidata al RPCT;
- [Canale esterno](#), l’autorità competente per l’attivazione e la gestione del suddetto canale è ANAC.
- [Divulgazione Pubblica](#), tale modalità di segnalazione consiste nel rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Le citate novità introdotte dal d.lgs. n. 24/2023 hanno costituito la base per l’aggiornamento del Regolamento della Fondazione IRCCS riguardo l’attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano gli illeciti e le irregolarità.

La bozza del Regolamento è stata inviata alla Presidenza nel mese di dicembre 2024 per poi essere sottoposta al Consiglio di Amministrazione, nella prima seduta utile.

Nel corso del 2024 non sono pervenute al RPCT segnalazioni.

[Formazione](#)

La formazione contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi e, favorendo comportamenti ispirati ai principi della legalità, lealtà e correttezza, risulta essere un ottimo strumento di prevenzione della corruzione.

Una formazione che contribuisca efficacemente a far crescere la cultura della legalità, non può prescindere dalla piena conoscenza da parte del personale delle disposizioni previste nel Codice etico-comportamentale della Fondazione IRCCS nonché nel presente PIAO.

È in quest’ottica che la Fondazione IRCCS assicura la massima divulgazione dei predetti documenti a tutto il personale della Fondazione.

[La rotazione straordinaria](#)

L’articolo 16, comma 1, lett. I – *quater*, del d.lgs. n. 165/2001 prevede la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Trattasi di una misura di prevenzione della corruzione successiva al verificarsi di fenomeni corruttivi, sulla quale ANAC – dopo aver riscontrato numerose criticità nell’applicazione della stessa – è intervenuta con Delibera n. 215/2019 recante *“Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’articolo 16, comma 1, lett. I- quater, del d.lgs. n. 165/2001”*.

In particolare, precisando e rivedendo alcuni propri precedenti orientamenti in materia, ANAC ha definito l’ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione dell’istituto, chiarendo anche il momento del procedimento penale in cui l’Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente ai fini dell’applicazione della misura.

L'Autorità ha ritenuto, *in primis*, che l'istituto trovi applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Per quanto riguarda, infine, i reati presupposto da tenere in considerazione ai fini dell'adozione della misura, ANAC, rivedendo la posizione precedentemente assunta (PNA 2016 e Aggiornamento 2018 al PNA), ha ritenuto che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'articolo 7 della l. n. 69/2015, per "*fatti di corruzione*" possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "*condotte di natura corruttiva*" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'articolo 16, comma 1, lett. l-quater), del d.lgs. n.165/2001.

Per i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "*corruttiva*" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la P.A. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfirmità ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. n. 39/2013, dell'articolo 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235/2012).

Sono, comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL.

Definito anche il momento in cui la P.A., al verificarsi delle fattispecie sopra richiamate, è tenuta ad adottare il provvedimento di valutazione, facendo coincidere tale momento nella richiesta di rinvio a giudizio (articolo 405-406 e segg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari).

Al fine, quindi, di potenziare la veicolazione delle informazioni è stata evidenziata anche la necessità di introdurre nei codici di comportamento l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio. Tale misura verrà attuata in sede di revisione del Codice di comportamento della Fondazione IRCCS.

Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors

La l. 190/2012 è intervenuta introducendo all'articolo 53 del d.lgs 165/2001 il comma 16 – ter, con il fine di "*contenere*" il rischio di episodi di corruzione connessi all'impiego del dipendente successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione, c.d. "*Incompatibilità successiva*".

Viene disciplinato così il divieto, riferito a quei dipendenti che, negli ultimi tre anni, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale per conto dei soggetti privati, destinatari dell'attività della Pubblica Amministrazione esercitata attraverso i medesimi poteri. La disposizione è volta a scoraggiare i comportamenti impropri del dipendente che potrebbe preconstituirsì, sfruttando la posizione lavorativa antecedente, delle situazioni di vantaggio presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto grazie al precedente rapporto di lavoro. Al contempo, il divieto in questione è volto a ridurre il rischio che i soggetti privati possano esercitare pressioni sullo svolgimento dei compiti istituzionali, dando al dipendente l'opportunità di assunzione una volta cessato dal servizio alle dipendenze della P.A.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare il "*vantaggio*" di accordi fraudolenti.

Il d.lgs 165/2001 Art. 53 comma 16 – ter, stabilisce che: "*i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di*

restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

I dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l’art. 53, comma 16-ter del d.lgs 165/2001 sono quei soggetti che esercitano, per conto della Pubblica Amministrazione, i propri poteri attraverso l’emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza economica e giuridica dell’Ente, rientrano in tale accezione:

- i Dirigenti;
- i Funzionari che svolgono incarichi dirigenziali;
- i soggetti che svolgono funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all’esterno dell’ente;

Le conseguenze della violazione del divieto di *pantouflage* vengono previste dalla norma, la quale prevede determinate sanzioni in caso di violazione del divieto, che consistono in:

- Sanzioni sull’atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- Sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la Pubblica Amministrazione di provenienza dell’ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l’obbligo di restituire eventuali compensi percepiti in esecuzione dell’affidamento illegittimo.

In attuazione della suddetta norma e in linea con gli aggiornamenti dettati dal PNA 2019 (Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019), la Fondazione IRCCS ha provveduto a regolare le attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro del personale, mediante l’adeguamento della documentazione.

Misure Specifiche

Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) e liste d’attesa

Con deliberazione n. 5/C.d.A/147 del 27 dicembre 2021, la Fondazione IRCCS ha approvato l’adozione del Regolamento n. 83/2021 in materia di attività libero professionale intramuraria.

Secondo l’art. 2 del suddetto Regolamento, per attività libero professionale intramuraria del personale medico e sanitario si intende *“l’attività che detto personale individualmente o in équipe, esercita fuori dall’orario di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, day surgery o di ricovero sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell’assistito che individua normalmente il professionista di riferimento e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui all’art. 9 d.lgs. n. 502/1992.”*

Tale attività, in relazione al sistema di gestione delle liste d’attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, rappresenta un’area particolarmente esposta al rischio di eventi corruttivi connessi al favoreggiamento di posizioni di privilegio e di profitti indebiti, che possono influire sulla percezione della qualità del servizio offerto e sul piano economico. Nell’ambito del Regolamento vengono espressamente indicate le attività di *“monitoraggio, verifica e controllo”*: la Fondazione IRCCS verifica l’andamento dei tempi di attesa mediante il monitoraggio trimestrale per l’attività Istituzionale e Libero Professionale Intramuraria, nei tempi e nei modi previsti da Regione Lombardia.

L’art. 37 disciplina tale attività di verifica e monitoraggio, per cui i Direttori delle Strutture sono tenuti a vigilare sull’attività svolta in regime di libera professione intramuraria svolta dai Dirigenti della afferenti alla propria Struttura, al fine di garantire lo svolgimento dell’attività e il rispetto della libera professione. La suddetta attività di monitoraggio è effettuata con cadenza trimestrale in determinati ambiti:

- Verifica esercizio libera professione da parte dei singoli dirigenti in modo coerente con quanto previsto dall’atto autorizzativo;
- Verifica del rispetto delle disposizioni in merito allo svolgimento dell’attività libero professionale al di fuori dell’orario di lavoro;
- Verifica dello svolgimento dell’attività affinché venga svolta nel rispetto delle disposizioni presenti all’interno del Regolamento;

- Monitoraggio del rapporto tra volumi dell'attività istituzionale e volumi dell'attività libero professionale prodotti all'interno delle singole Strutture;
- Verifica dei tempi di attesa per l'attività libero professionale in rapporto alle liste di attesa dell'attività istituzionale.

Controllo e Monitoraggio delle Garanzie Fideiussorie

Per l'accesso ad un'attività economica o per la partecipazione ad una gara ad evidenza pubblica, la legge impone la presentazione di una garanzia fideiussoria o reale, a difesa della prestazione oggetto dell'obbligazione.

Soggetti beneficiari di tali garanzie sono le Pubbliche Amministrazioni, le quali vengono coperte dal rischio di inadempimento dell'operatore economico che chiede l'autorizzazione o partecipa alla gara. Ai sensi dell'art. 93, comma 2, del d.lgs n. 50/2016 *“La garanzia fideiussoria a scelta dell'appaltatore può essere rilasciata da imprese bancarie o assicurative che rispondano ai requisiti di solvibilità previsti dalle leggi che ne disciplinano le rispettive attività o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'articolo 106 del decreto legislativo ((1 settembre)) 1993, n. 385, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie e che sono sottoposti a revisione contabile da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito albo e che abbiano i requisiti minimi di solvibilità richiesti dalla vigente normativa bancaria assicurativa...”*

Il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia e l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), hanno avviato un'attività di verifica del monitoraggio e di controllo secondo le linee guida espone nella D.G.R. IX/1770 del 24 maggio 2011, avente ad oggetto *“Linee guida sulle modalità di acquisizione, gestione, conservazione e controllo delle garanzie fideiussorie, ai sensi della L.R. 23 dicembre 2009, n. 19”*, di fondamentale importanza per disciplinare l'acquisizione, la gestione e la conservazione delle fideiussioni e per ciò che riguarda le modalità di controllo cui tutte le Direzioni Generali e Centrali della Giunta Regionale sono tenute a conformare il proprio operato, al fine di standardizzare le procedure.

Nel corso del 2024, ORAC ha posto l'attenzione sul tema delle garanzie fideiussorie e, in particolare, sullo stato di avanzamento delle azioni migliorative poste in essere dalla Fondazione IRCCS in relazione alle raccomandazioni formulate dallo stesso Organismo con deliberazione n.7 dell'11 dicembre 2023. Per tale motivo nel corso del 2025 è previsto l'avvio di un percorso di analisi finalizzato alla redazione di un documento avente ad oggetto una procedura operativa condivisa tra le Strutture della Fondazione IRCCS coinvolte che regolamenti i controlli periodici per ogni singola garanzia fideiussoria.

Trasparenza

Premessa

Come noto, ai sensi dell'articolo 9 del d.lgs. n. 33/2013, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, nella *home page* del sito web istituzionale della Fondazione IRCCS è collocata un'apposita sezione denominata *“Amministrazione Trasparente”* al cui interno sono collocati i dati, le informazioni ed i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente.

Nella *ratio* del decreto del d.lgs. n. 33/2013, adottato ai sensi dell'art. 1, comma 35 e 36, della legge n. 190/2012 e recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001 debbono adempiere agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa senza ritardo, garantendo la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, nonché l'accessibilità totale, attraverso la pubblicazione anche sul sito istituzionale delle informazioni concernenti i dati analiticamente indicati dalle norme.

A tale scopo, ed in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, comma 35, della l. n. 190/2012 in materia di anticorruzione, è previsto che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile la sezione denominata *“Amministrazione Trasparente”*.

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

Con d.lgs n. 97/2016, sono state introdotte modifiche ed integrazioni agli obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalla P.A., l'unificazione tra il Programma Triennale della prevenzione e della Corruzione e quello della Trasparenza.

[Il programma della trasparenza: l'attività del 2024 e gli obiettivi del 2025](#)

Nel corso del 2024 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati in ossequio all'articolo 43, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013.

Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità.

Il RPCT ha intrapreso un percorso rivolto alla realizzazione di un *modus operandi* da parte dei Dirigenti di Struttura della Fondazione IRCCS orientato al tempestivo e corretto adempimento degli obblighi di trasparenza di propria competenza.

Tale attività si concretizza nella trasmissione di apposite note rivolte ai singoli responsabili di Struttura nel quale, oltre a rammentare gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia, vengono illustrati gli aggiornamenti e/o integrazioni a cui provvedere secondo i chiarimenti, eventualmente forniti, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il monitoraggio svolto nel secondo quadrimestre del 2024 ha evidenziato un buon livello di adeguamento delle singole sezioni agli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa.

Solo in alcune "*sotto sezioni*" sono state riscontrate modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati richiesti non sempre uniformi e qualche ritardo nell'aggiornamento dei documenti pubblicati.

Tali rilievi sono stati opportunamente segnalati alle Strutture competenti ai fini del conseguente adeguamento.

Quanto sopra si colloca perfettamente nell'ottica di una sempre maggiore collaborazione da parte dei Responsabili delle Strutture competenti su cui è, infatti, posta la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

In particolare, i Dirigenti delle varie Strutture attuano tutte le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge in linea con le indicazioni fornite dall'articolo 43, comma 3, del d.lgs. n. 33/2013 e nella delibera ANAC n. 50/2013, anche attraverso personale assegnato alla propria Struttura addetto al trattamento dell'informazione oggetto di pubblicazione.

All'interno della Fondazione IRCCS ogni Struttura, in qualità di "*fonte*", fornisce i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto o altrimenti elaborabile.

La struttura responsabile della pubblicazione, individuata per tutte le tipologie di dati nella SC Sistemi Informativi, provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale in maniera tempestiva.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione.

Nel corso del 2025 proseguirà l'attività di implementazione ed aggiornamento della Sezione analogamente a quanto finora svolto, proseguendo ad assistere le Strutture interessate nel corretto assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi di quanto previsto dalla normativa in materia e di quanto chiarito dall'Autorità nazionale Anticorruzione.

Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

Particolarmente importante per l'Amministrazione è rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini e degli stakeholder (portatori di interessi) per poter effettuare scelte più consapevoli, corrette e mirate nello svolgimento dell'attività di aggiornamento del Piano.

Per soddisfare tale necessità è opportuno che la Fondazione IRCCS raccolga i feedback dei cittadini e degli stakeholder circa il livello di utilizzo e di utilità dei dati pubblicati e i reclami su ritardi e inadempienze riscontrate ovvero sulla qualità delle informazioni pubblicate.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo della comunità e degli stakeholder, la Fondazione IRCCS intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- customer satisfaction: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione IRCCS e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente (Sotto-sezione di 2° livello "Servizi in rete" contenuta nella Sotto-sezione di 1° livello "Servizi erogati").

Da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività;

Accesso civico

L'Istituto dell'accesso civico è stato ampiamente modificato dal decreto legislativo 97/2016.

L'articolo 5 del Decreto Legislativo 33/2013, nel disciplinare l'accesso civico, dispone al comma 1 il diritto di chiunque di richiedere le informazioni e i dati che le pubbliche amministrazioni sono tenute a rendere pubbliche (*Accesso civico semplice*). Lo stesso articolo al comma 2 estende la portata di tale diritto a dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione. (*Accesso civico Generalizzato*)

La Fondazione IRCCS ha adottato, con delibera n.4/C.d.A/0027 del 17 marzo 2017, un proprio "Regolamento sul diritto di accesso agli atti, ai dati e documenti" che disciplina le seguenti tre tipologie di accesso:

- Diritto di Accesso documentale disciplinato dal Capo V della legge 241/1990;
- Diritto di Accesso civico semplice disciplinato dall'art. 5, comma 1, del d. lgs. 33/2013;
- Diritto di Accesso generalizzato disciplinato dall'art. 5, comma 2, del d. lgs. 33/2013.

L'accesso è esercitato dal cittadino mediante un'istanza, che può essere presentata facendo uso della modulistica istituzionale predisposta dalla Fondazione IRCCS a seconda della tipologia di accesso e reperibile sul sito Internet della Fondazione IRCCS.

L'istanza può essere presentata con le seguenti modalità:

1. A mezzo PEC al seguente indirizzo: protocollo@pec.smatteo.pv.it;
2. Mediante consegna diretta dell'istanza presso l'Ufficio protocollo della Fondazione IRCCS sito in Pavia, Viale Camillo Golgi, 19.

Al fine di agevolare la compilazione del registro degli accessi, particolarmente attenzionato da ORAC, a far tempo dal 1 gennaio 2024, la gestione delle istanze di accesso è stata centralizzata presso la SC Affari Generali e Istituzionali la quale provvede altresì ad istituire il Registro cronologico degli accessi ad atti, dati e documenti, al fine di garantire una puntuale e corretta registrazione delle istanze notificate alla Fondazione IRCCS.

Monitoraggio sulla Trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza consente al RPCT la formulazione di un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e i principali fattori che rallentano l'adempimento. Tutti i dati ed i documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sono inseriti all'interno del sito della Fondazione IRCCS nella sezione

denominata “*Amministrazione Trasparente*” in coerenza con quanto stabilito dal d.lgs. n. 33/2013. I dati da pubblicare, con cadenza periodica, sono stati definiti all’interno di una Tabella in cui vengono specificati, in linea con quanto stabilito dal PNA 2022, i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i riferimenti normativi, i responsabili delle singole Strutture e la modalità di monitoraggio.

Di seguito lo schema utilizzato:

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE					
SOTTOSEZIONE 1	SOTTOSEZIONE 2	DEN. OBBLIGO	TERMINE PUBBLICAZIONE	RESPONSABILE	MODALITA' DI MONITORAGGIO

SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Organigramma

Il Modello Organizzativo della Fondazione IRCCS si basa sulle linee guida regionali sul Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) previste con dgr. n. XI/6062 del 1° marzo 2022.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategica, rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti interessati, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi, nel contesto delle relazioni e dei rapporti con la Regione e con il complesso degli Enti del sistema socio-sanitario regionale.

L'attuale POAS è stato approvato con DGR n. XI/6813 del 02 agosto 2022 successivamente aggiornato con DGR n. XII / 1565 del 18 dicembre 2023 e con DGR XII/3726 del 30 dicembre 2024 ed il modello organizzativo proposto è, in sintesi così strutturato:

- Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica: articolazioni aziendali che rivestono carattere di trasversalità e che, per disposizioni di legge o di provvedimenti regionali, sono poste alle dirette dipendenze degli organi di vertice;
- Dipartimenti: articolazioni aziendali che assicurano e coordinano le funzioni assegnate alle Unità Organizzative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici che li compongono, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato di tutte le risorse, per assicurare prestazioni di qualità, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza;
- Unità Organizzative Complesse: articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari. Sono dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali;
- Unità Organizzative Semplici e Unità Organizzative Semplici Dipartimentali: articolazioni di Unità Organizzative Complesse e/o di Dipartimento, che svolgono una funzione o un complesso di funzioni, cui sono attribuiti livelli differenziati di autonomia funzionale o gestionale, per ragioni organizzative, di efficienza e di specificità professionale;
- Incarichi professionali di alta specializzazione: articolazioni funzionali di Struttura, connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali, che producono prestazioni quali-quantitative complesse, riferite alla disciplina ed alla organizzazione interna della Unità Organizzativa Complessa di riferimento;
- Incarichi funzionali: con rilevanza all'interno della Struttura di assegnazione, sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee, che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Il **Dipartimento** è definito come una *"articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili"*.

La consistenza minima dei Dipartimenti è di quattro unità operative complesse con l'eccezione di casi particolari che discendono da obblighi di legge.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Fondazione IRCCS come stabilito dall'art. 17-bis del d.lgs. n. 502/1992.

La predetta norma fornisce inoltre indicazioni relative alla nomina ed alle responsabilità del **Direttore di Dipartimento** e in particolare, precisa che:

- Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, rimanendo titolare della struttura complessa cui è preposto.
- L'attribuzione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri sia territoriali, comporta sia responsabilità professionali in materia clinico organizzativa, sia responsabilità di tipo gestionale delle risorse

assegnate. Il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione strategica nell'ambito della programmazione della Fondazione IRCCS. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

I **compiti** e le **attività** dei Dipartimenti sia gestionali sia funzionali sono in sintesi i seguenti:

- a) individuare gli obiettivi prioritari da perseguire, tra i quali - anche per i Dipartimenti gestionali - acquistano particolare rilevanza quelli relativi all'integrazione con altre strutture e quelli relativi alla "*presa in carico*" delle persone croniche e fragili;
- b) analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, nonché ad ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;
- c) individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e delle modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;
- d) valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;
- e) ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;
- f) utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per gli assistiti e le apparecchiature;
- g) organizzare l'attività libero professionale;
- h) partecipare alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione, organizzando la didattica;
- i) studiare e applicare sistemi integrati di gestione tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- j) promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

La tipologia dei dipartimenti previsti dalla normativa si suddividono in:

Dipartimenti gestionali

Sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite.

Dipartimenti funzionali

Sono costituiti da strutture complesse e semplici in cui non si realizza la gestione diretta delle risorse, che viene effettuata nell'ambito dei Dipartimenti gestionali ai quali fanno riferimento le strutture complesse. Assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o dei percorsi relativi alla presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, integrando quindi le funzioni attuali orientate in genere a una supervisione e coordinamento dei processi clinici. La costituzione dei Dipartimenti funzionali prevede figure professionali in grado di garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati.

Dipartimenti interaziendali funzionali

Derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico Ente o ad Enti diversi; sono volti alla gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad Enti diversi e al ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.

I Dipartimenti proposti nel POAS sono diretti e gestiti dai seguenti organi:

Direttore del Dipartimento

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale (previa verifica dei titoli posseduti) ad uno dei responsabili di Unità Organizzativa Complessa afferenti al Dipartimento ed è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di Unità Organizzativa Complessa. Per tutta la durata dell'incarico mantiene la

responsabilità della medesima struttura; qualora il Direttore fosse impossibilitato a svolgere la responsabilità assegnatagli, l'incarico è affidato secondo le modalità previste dal CCNL.

L'incarico è triennale e rinnovabile, non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza di questi, restando in carica fino alla nomina del nuovo Direttore del Dipartimento.

È responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento e ne promuove le attività; coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni.

Le sue funzioni sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale.

Comitato di Dipartimento

Presieduto dal Direttore del Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica ed è composto dai responsabili delle Strutture Organizzative Complesse, delle Strutture Organizzative Semplici Dipartimentali, dal responsabile infermieristico o tecnico di area dipartimentale, dal referente amministrativo del Dipartimento e da membri eletti nel numero determinato dal Regolamento (il comitato può essere allargato anche a dirigenti e responsabili sanitari e tecnici per gli argomenti di loro competenza).

Le regole di funzionamento sono contenute nel **Regolamento di Dipartimento**.

Nel POAS sono delineate le strutture, che hanno risorse umane e strumentali, assegnate al Dipartimento, fermo restando la verifica e la eventuale modifica delle stesse nei piani annuali di attività e di budget, in relazione agli obiettivi ed ai risultati attesi.

Le unità organizzative sono le strutture di base su cui sono organizzate le funzioni e attraverso le quali sono erogate le attività; le unità possono afferire direttamente in staff a ciascun Direttore della Direzione Strategica oppure comporre Dipartimenti gestionali e/o funzionali.

Le unità organizzative si distinguono in:

Unità Organizzative Complesse (SC)

Le SC sono individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- responsabilità gestionale;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

Unità Organizzative Semplici (SS)

Sono strutture con funzioni e responsabilità specifiche assegnate, con atto scritto e motivato, da parte dei livelli sovraordinati, con attribuzione di autonomia in un ambito di relazione gerarchica definita.

Unità Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale (SSD)

In un'ottica di supporto trasversale vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del dipartimento, al fine di rendere le prestazioni erogate dalle stesse disponibili per tutte le strutture del dipartimento.

La SSD non è di tipo complesso e al suo interno non possono essere costituite altre SS; inoltre hanno dipendenza gerarchica univoca.

Secondo le nuove direttive Regionali, per migliorare il grado di flessibilità e autonomia nella definizione degli assetti organizzativi, non è più necessario operare la richiesta di modifica del POAS, con conseguente provvedimento di approvazione da parte della Giunta Regionale, nei casi in cui vengano

effettuate le seguenti rimodulazioni:

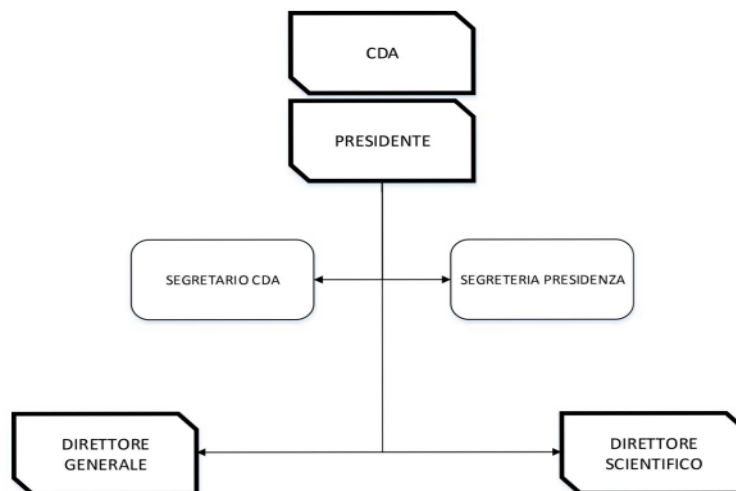
- a. trasformazione di una SC in SSD o in SS;
- b. trasformazione da SSD in altra SSD;
- c. trasformazione da SSD in SS;
- d. trasformazione da SS in altra SS;
- e. cambio di afferenza di una SS;
- f. ridenominazione di SS o SSD con modifica delle competenze.

In tutti i casi sopradescritti non deve, pertanto, verificarsi un incremento di strutture organizzative.

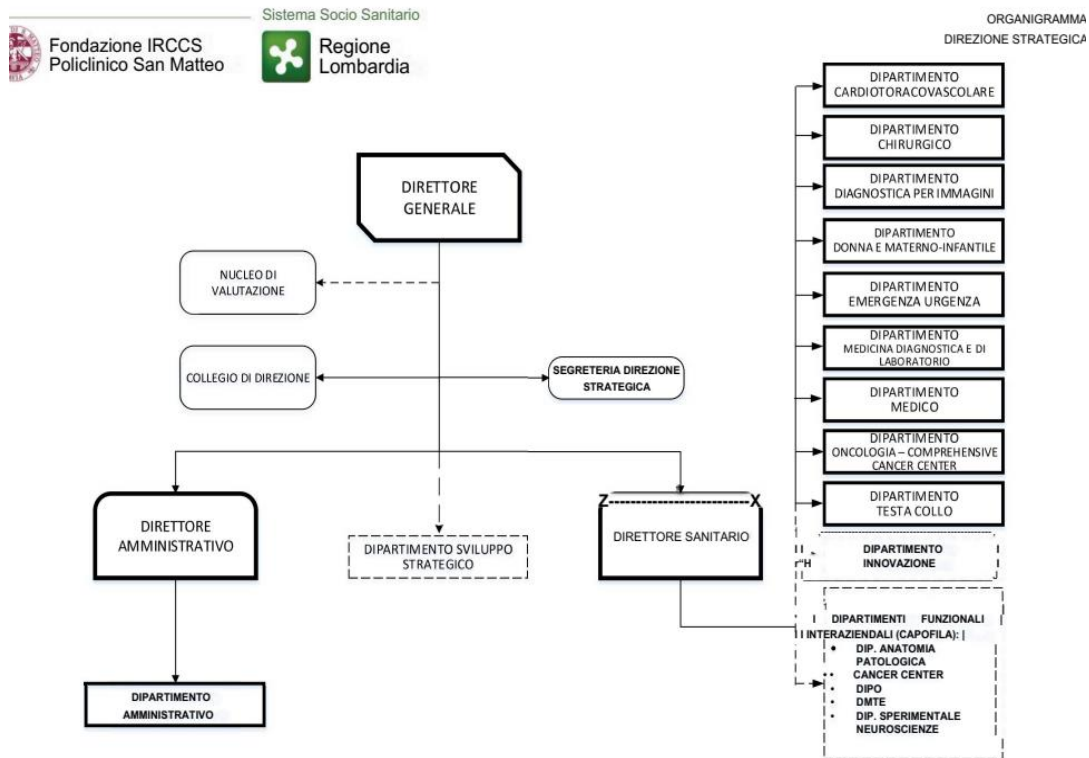
Si potrà quindi procedere utilizzando la seguente procedura:

- 1) in caso di modifica dell'assetto delle SS o SSD, la Fondazione IRCCS dovrà inviare una relazione nella quale motiva le ragioni della scelta e certifica l'invarianza della spesa complessiva anche rispetto ai fondi contrattuali;
- 2) l'ATS dovrà vagliare la richiesta ed autorizzare o meno la modifica dell'assetto, trasmettendo alla DG Welfare l'esito dell'istruttoria;
- 3) la DG Welfare, valutata positivamente l'istruttoria effettuata dall'ATS, registra la modifica all'interno del proprio sistema informativo comunicando formalmente l'avvenuta registrazione.

L'organigramma della Fondazione IRCCS è di seguito riportato:



La Direzione Strategica è invece, così organizzata:



L'attività strategica, oltre che dai Dipartimenti e dalle Strutture che afferiscono direttamente alle Direzioni aziendali, è supportata anche da specifici Uffici e organismi (Nucleo di valutazione, Collegio di Direzione, Comitato etico) che garantiscono il loro apporto basato su specifiche competenze professionali, in particolari ambiti di competenza della Direzione medesima.

L'attività sanitaria in particolare è suddivisa su n. 8 dipartimenti gestionali e n. 2 Funzionali (Innovazione e Cure palliative) e altrettanti dipartimenti interaziendali (DMTE e DIPO) che rispecchiano la multidisciplinarietà che caratterizza l'Ente e agiscono, in maniera integrata, con l'attività di ricerca svolta dalla Direzione Scientifica.

Tutte le risorse necessarie al funzionamento dei Dipartimenti sanitari sono assicurate dal Dipartimento Amministrativo afferente alla Direzione amministrativa e dalle Strutture c.d. "in Staff" al Direttore Generale che guida la Direzione Strategica Aziendale secondo le direttive Nazionali e Regionale per il perseguimento degli obiettivi Aziendali come definiti dallo Statuto, dalle disposizioni Nazionali e Regionali, e raccolte ed aggiornate nel POAS di volta in volta vigente.

Il modello organizzativo realizzato, si sviluppa sia "orizzontalmente" attraverso la collaborazione di professionisti che all'interno delle singole Strutture Operative, nell'ambito dei rispettivi ambiti di lavoro e responsabilità, realizzano la propria attività lavorativa, sia "verticalmente" secondo un sistema che, individuando gerarchicamente le responsabilità e competenze, consente ad un sistema complesso come quello dell'IRCCS, di comunicare in maniera ordinata ed efficiente, considerato anche che all'attività clinica assistenziale è sempre integrata quella di ricerca e tutte sono interagiscono con le attività di supporto di carattere tecnico – professionale amministrativo.

Inoltre il modello gerarchico per dipartimenti, consente la corretta gestione dei debiti informativi verso gli Enti di controllo regionali (A.T.S., Regione Lombardia) e nazionali (Ministero della Salute; Ministero Funzione Pubblica; Garante privacy; A.N.A.C.) individuando puntualmente le responsabilità ed i Soggetti

in capo ai quali tali obblighi informativi sono richiesti.

L'utilizzo di tale modello consente anche una facile gestione dei rapporti con gli Enti esterni della Fondazione IRCCS con quali la stessa collabora stabilmente in virtù delle funzioni ed attività svolte, con particolare riferimento ai rapporti con:

- Regione Lombardia ed autonomie Locali;
- l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS);
- l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU);
- le Università con particolare riferimento all'Università degli Studi di Pavia
- le Associazioni di Volontariato;
- le Organizzazioni Sindacali.

La suddetta DGR XII/1565 del 18 dicembre 2023 ha approvato, nel nuovo modello l'introduzione di un nuovo Dipartimento (funzionale) denominato "Innovazione" (funzionale).

Obiettivi di questo Dipartimento sono:

- il perseguimento degli obiettivi strategici ed il presidio della complessità organizzativa del San Matteo con l'ottica di far crescere il valore culturale, clinico e scientifico del Policlinico;
- svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale attraverso la sperimentazione di forme organizzative innovative.
- Quanto sopra enunciato si declina nel porre in capo al Dipartimento il compito di farsi promotore e coordinatore, in sinergia con l'Università di Pavia e con gli Enti sanitari pubblici e privati dell'area pavese, di strategie di progresso sostenibile in area chirurgica, con particolare riferimento alle seguenti linee di sviluppo:
- riorganizzazione dei percorsi di cura del paziente chirurgico, in particolare con patologia oncologica. Alcuni modelli organizzativi cui fare riferimento sono quelli delle *Disease Units*, sul modello della *Breast Unit* e della *Pancreas Unit* appena deliberata dalla DG Welfare. In quest'ottica va tenuta in considerazione quanto contenuto nei Programmi chirurgici orientati alla metodologia ERAS (*Enhanced recovery after surgery*) per quanto concerne il miglioramento degli "outcome" clinici;
- identificazione dei modelli di acquisizione e della modalità di utilizzo ottimale delle tecnologie avanzate di assistenza chirurgica (robotica, mini-invasiva);
- ricerca clinica e traslazionale nel settore della tecnologia per la chirurgia attraverso il supporto e lo sviluppo della collaborazione già in essere con alcuni Dipartimenti della Facoltà di Ingegneria di Pavia e con Imprese del Settore biomedicale;
- sviluppo di progetti di economia circolare in Sala Operatoria, finalizzati alla transizione verso il contenimento dell'impronta carbonica e proposta di iniziative per sostenere il percorso del San Matteo verso una condizione di "Green Hospital"
- collaborazione con la Struttura di *Health Technology Assessment* (HTA) aziendale per promuovere e portare metodologie innovative in ambito clinico.

Nel frattempo, pure alla luce di quanto emerso in sede di puntuale attuazione del POAS in essere, sono emerse esigenze tali da giustificare la necessità di ulteriori integrazioni e modifiche al medesimo piano - imprescindibili per ottimizzare il processo riorganizzativo dell'IRCCS - al fine di corrispondere in particolare ad alcuni indirizzi a valenza strategica regionale, rafforzare e migliorare i percorsi sanitari ed implementare talune aree cliniche di interesse anche sovra territoriale, sottolineando l'importanza organizzativa di queste funzioni.

Si riportano di seguito le modifiche apportate nella revisione 2024 approvata con la succitata DGR XII/3726 del 30 Dicembre 2024:

Cancellazione di alcune strutture:

- SC MEDICINA MOLECOLARE
- SSD GRANT OFFICE, TTO E SERVIZIO DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA
- SSD CARDIOLOGIA 2 ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA
- SSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- SSD BIostatistica E CLINICAL TRIAL CENTER (FINE 2024)
- SS MALATTIE RARE
- SS CHIRURGIA PLASTICA
- SS TRANSPLANT CENTER

Creazione di nuovi dipartimenti/strutture/funzioni:

- DIPARTIMENTO GESTIONALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ANATOMIA PATOLOGICA
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CENTRO REGIONALE MALATTIE INFETTIVE
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CANCER CENTER
- ADESIONE AL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA NUCLEARE (CAPOFILA NIGUARDA)
- SC GESTIONE, SUPPORTO E MONITORAGGIO DELLA RICERCA CLINICA E SPERIMENTALE
- SC MEDICINA MOLECOLARE, MALATTIE RARE E TERAPIE AVANZATE
- SC RADIOLOGIA DIAGN. PER IMMAGINI 4 - RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- SC ONCOLOGIA 2 - ONCOLOGIA TESTA-COLLO E TRASLAZIONALE
- SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 5 – NEURORIANIMAZIONE
- SC MEDICINA GENERALE 3 - MEDICINA PER ACUTI AD INDIRIZZO CARDIOMETABOLICO E VASCOLARE
- SSD TRANSPLANT CENTER
- SS FASE I
- SS GENETICA MEDICA
- SS CARDIOLOGIA 2 - ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA
- SS PATOLOGIA MOLECOLARE - MOLECULAR TUMOR BOARD
- SS PERCORSI AMBULATORIALI E DI DAY-HOSPITAL NEI TUMORI SOLIDI
- FUNZIONE "RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ"

Creazione di nuove strutture per il DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE CENTRO REGIONALE MALATTIE INFETTIVE:

- SC SORVEGLIANZA RESISTENZE MICROBICHE E ICA
- SC SORVEGLIANZA PATOGENI ANIMALI E AMBIENTE
- SC EPIDEMIOLOGIA E MODELLISTICA PREVISIONALE
- SC ALTA FORMAZIONE IN ONE HEALTH
- SS LABORATORIO DI GENOMICA E BIOINFORMATICA

- SS SORVEGLIANZA DI LABORATORIO
- SS INTELLIGENZA ARTIFICIALE E MACHINE LEARNING APPLICATE ALL'INFETTIVOLOGIA
- SS RICERCA TRASLAZIONALE

Cambi di denominazione:

- DIPARTIMENTO RICERCA -> "DIPARTIMENTO RICERCA CLINICA E SPERIMENTALE"
- DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E PER IMMAGINI -> "DIPARTIMENTO MEDICINA DIAGNOSTICA E DI LABORATORIO"
- DIPARTIMENTO ONCOLOGIA "DIPARTIMENTO ONCOLOGICO - COMPREHENSIVE CANCER CENTER"
- SC QUALITÀ E RISK MANAGEMENT SC "QUALITÀ E RISK MANAGEMENT - CONTENZIOSO"
- SD OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2 - PMA -à SSD "OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2 - RIPRODUZIONE E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA".

Livelli di responsabilità organizzativa.

A) La Dirigenza

Il sistema degli incarichi di posizione dirigenziale realizzato in Fondazione IRCCS nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è:

- volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti;
- funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

La carriera professionale si sviluppa attraverso percorsi tra loro permeabili con l'assunzione sia di incarichi di tipo prevalentemente gestionale sia di incarichi di tipo prevalentemente professionale. Tali due tipologie di incarichi, pur essendo manifestazione di attribuzioni diverse, sono da considerarsi di pari dignità ed/ importanza, in quanto avvengono nell'ambito del ruolo e livello unico della dirigenza.

Presso la Fondazione IRCCS l'attuale disciplina di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali è stata adottata con provvedimento n. 4/D.G./378 del 31 maggio 2017.

Con il medesimo provvedimento è stato altresì recepito l'accordo aziendale di graduazione economica delle predette posizioni dirigenziali.

I criteri utilizzati per la graduazione economica degli incarichi sono stati individuati in base alla complessità delle attività e ai seguenti ambiti:

- **Responsabilità** - Gestione dei processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, implicanti inter-settorialità, interdisciplinarietà ed inter-professionalità, per i quali si richiedono risorse dedicate Specifiche;
- **Personale** - Entità di risorse umane con specifiche competenze gestite nell'ambito della Struttura;
- **Budget** - responsabilità diretta nella gestione di risorse tecniche e/o finanziarie;
- **Valenza Strategica** – Valenza strategica della Struttura rispetto la gestione complessiva e agli obiettivi aziendali, anche in considerazione dell'impatto verso l'esterno o del rispetto delle normative;
- **Tecnologia** - Rilevanza tecnologica e strumentale delle attività espletate.

La Fondazione IRCCS ha inoltre provveduto ad adeguare la predetta disciplina alle nuove regole dettate dalla successiva entrata in vigore del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza dell'Area

Sanità del 23 gennaio 2024 (riferito ai Dirigenti medici, sanitari e delle professioni sanitarie) e del Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza delle Funzioni Locali del 17 dicembre 2020 (riferito ai Dirigenti professionali Tecnici ed amministrativi).

Per quanto attiene alla responsabilità organizzativa, gli incarichi di posizione dirigenziale con responsabilità gestionale, conferibili presso la Fondazione IRCCS, tenuto conto delle diverse tipologie di unità Operative presenti nel POAS vigente della Fondazione IRCCS sono i seguenti:

- a) incarico di direzione di struttura complessa conferibile, dal Direttore Generale con le procedure previste dalla legislazione nazionale (cfr. d. lgs n. 50/1992 e s.m.i.; dpr 484 del 10 dicembre 1997) e regionale (cfr. dgr n. X/553 del 2 agosto 2013 [...] Linee di indirizzo recanti i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di U.O.C. a Dirigenti Sanitari [...]) vigente oltre che del relativo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale che è articolazione interna del dipartimento e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- c) incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- d) incarico di direttore di dipartimento di cui al d.lgs. n. 502/1992 che è conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

Per quanto attiene agli incarichi di posizione “gestionali” riferiti alla Dirigenza Medica, la disciplina Aziendale, sulla base della “pesatura” effettuata in base ai criteri suesposti, ha previsto due diverse graduazione economiche per le Unità Operative complesse (a seconda che trattino specialità afferenti all’Area chirurgica o delle specialità chirurgiche ovvero all’area medica o alle specialità mediche) e un’unica graduazione per le altre tipologie di incarico, come specificato nel seguente schema:

Incarico	Descrizione funzione
Struttura complessa A1	responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali.
	tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza - DISCIPLINA CHIRURGIA.
Struttura complessa A2a	responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali.
	tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza - DISCIPLINA MEDICA.
Struttura semplice dipartimentale B1	responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate, con valenza dipartimentale.
Struttura semplice B2	responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate.

Analoghe determinazioni sono state prese anche con riferimento agli incarichi “gestionali” riferiti alla Dirigenza Sanitaria per cui sono state previste n. 2 diverse graduazione economiche a per le Unità Operative complesse e un’unica graduazione per le altre tipologie di incarico, come specificato nel

seguinte schema:

Incarico	Descrizione funzione
Struttura complessa A1	responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali.
	tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza.
Struttura complessa A2a	responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali.
	tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza.
Struttura dipartimentale B1 semplice	responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate, con valenza dipartimentale.
Struttura semplice B2	responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate.

Più articolata, per via delle radicalmente diverse tipologie di attività svolte risulta la graduazione degli incarichi di natura gestionale riferiti alla Dirigenza Amministrativa Tecnica e Professionale che prevede n. 3 diverse graduazioni per le Unità Operative Complesse e un'unica graduazione per le altre tipologie di incarico.

Con riguardo, invece, agli incarichi di posizione dirigenziale di natura professionale, nell'ambito della promozione dello sviluppo professionale mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascun dipendente, la disciplina aziendale ha previsto, sempre nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti e nelle more della regolamentazione della disciplina di conferimento anche degli incarichi di Altissima professionalità previsti dal nuovo CCNL, la possibilità di conferire incarichi di tale natura, graduando n. 6 diverse tipologie di incarichi.

Gli incarichi di natura professionale conferibili presso la Fondazione IRCCS sono i seguenti:

- 1) **incarico professionale di alta specializzazione:** è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di Risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici;
- 2) **incarico professionale:** tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. La graduazione aziendale prevede n. 4 diversi fasce per tali tipologie di incarico, come di seguito riportate:

Incarico	Descrizione funzione
Professional C2a	professionalità Eccellente, che abbia dimostrato nel tempo una approfondita competenza ed autonomia nella disciplina - settore. Al professionista possono essere affidati anche compiti di coordinamento, controllo e verifica.
Professional C2b	professionalità Ottima , che abbia dimostrato nel tempo una specifica competenza ed autonomia nella disciplina- settore.
Professional C2c	professionalità Buona , che abbia dimostrato nel tempo una specifica competenza nella disciplina- settore.
Professional C2d	professionalità adeguata, con autonomia professionale superiore a quella di base.

3) **incarico professionale iniziale** conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova. Tali incarichi hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Fatta eccezione per quanto attiene al conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale di Direttore di Struttura Complessa, che sono soggette alle relative normative nazionali e Regionali succitate e agli incarichi professionali di base conferiti al superamento del periodo di prova, i restanti incarichi sono affidati sulla base delle disposizioni del Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili (cfr. art. 22 del CCNL del 23 gennaio 2024 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Sanità e art. 71 del CCNL del 17 dicembre 2020 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Amministrativa Professionale e Tecnica). La procedura di affidamento, sostanzialmente sovrapponibile, avuto riguardo alla disciplina contrattuale è la seguente.

Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna.

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda o Ente su proposta:

- a) del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
- b) del Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento per l'incarico di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- c) del Direttore della struttura di appartenenza sentito il Direttore di per gli incarichi professionali.

Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, le Aziende ed Enti effettuano una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali e tengono conto:

1. delle valutazioni del collegio tecnico ai sensi dell'art. 57 comma 2, (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti);
2. dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;
3. delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
4. dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte del Nucleo di Valutazione;
5. del criterio della rotazione ove applicabile.

Il conferimento o il rinnovo degli incarichi comporta la sottoscrizione di un contratto individuale d'incarico che integra il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisce tutti gli altri aspetti connessi all'incarico conferito ivi inclusi la denominazione, gli oggetti, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante.

B) Il Comparto

Con l'entrata in vigore del CCNL del 02 novembre 2022 riferito al Comparto Sanità è stata modificata la disciplina riferita al sistema degli incarichi conferibili a tale tipologia di personale.

In particolare il capo III del CCNL (art. 24 e seguenti) definisce i principi, tipologie oltre che le e modalità di Istituzione, graduazione e conferimento.

Il sistema appena introdotto definisce tre diverse tipologia di incarico conferibile:

- a) **Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;**
- b) **Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;**
- c) **Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.**

La Fondazione IRCCS, alla data di sottoscrizione del Contratto (02 novembre 2022), aveva già provveduto a conferire n. 95 incarichi di Funzione la cui relativa procedura di individuazione era già in corso alla data di sottoscrizione dell'ipotesi contrattuale (15 giugno 2022).

Tali incarichi erano stati conferiti applicando le regole del previgente CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità.

Sulla scorta di tali previsioni contrattuali, infatti, la Fondazione IRCCS, con deliberazione n. 5/C.d.A./0068 del 28 maggio 2020, aveva provveduto ad approvare il proprio Regolamento Incarichi di Funzione (Cfr. Reg. n. 68/2020), che disciplina l'istituzione, la graduazione, il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione del personale dipendente dell'area del comparto.

Successivamente, con provvedimento n. 5/D.G./1238 del 22 dicembre 2020, la Fondazione IRCCS aveva provveduto ad approvare la mappatura degli incarichi di funzione (successivamente aggiornata con Decreti n. 5/D.G./812 del 20 giugno 2022 e n. 5/D.G./1044 del 03 agosto 2022), preso atto che i medesimi si confermavano per la Fondazione IRCCS come un'opportunità per individuare, fra il personale del Comparto Sanità, risorse in grado di svolgere un ruolo organizzativo/gestionale e specialistico e, per il personale stesso, un'occasione di valorizzazione delle competenze nonché di sviluppo professionale.

La mappatura degli incarichi di funzione sono specificati, per ciascun incarico, la denominazione, la tipologia, la Direzione/Dipartimento di afferenza e l'afferenza gerarchica/struttura.

L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione IRCCS come scaturente dal POAS all'epoca vigente, approvato con DGR n. X/6252 del 20 febbraio 2017 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 4/C.d.A./0016 del 14 febbraio 2017 e di quello attuale approvato con DGR n. XI/6813 del 02 agosto 2022 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 5/C.d.A./1154 del 05 settembre 2022.

Ai sensi dell'attuale disciplina contrattuale, i suddetti 95 incarichi conferiti come sopra descritto, sono stati trasposti nel nuovo sistema, ai sensi dell'art. 36 del CCNL del 02 novembre 2022.

Gli incarichi di funzione conferibili a personale del Comparto attualmente mappati presso la Fondazione IRCCS, in attesa di aggiornare la mappatura stessa ai sensi delle nuove disposizioni, sono riportati nella seguente tabella di cui all'Allegato 3.

Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione IRCCS.

La complessità delle attività svolte dalla Fondazione IRCCS fa sì che l'assegnazione del numero di unità della Fondazione vari di molto sia per via della specifica attività svolta e per la rilevanza strategica della stessa, sia per via del fatto che la medesima Struttura possa fornire la propria attività trasversalmente a diverse altre strutture della Fondazione come avviene, per esempio, per i medici anestesisti, afferenti

solo a n. 3 strutture, ma che per via della natura della loro professione, vengono impiegati trasversalmente da molte alte Strutture della Fondazione. Da sottolineare inoltre che presso la Fondazione IRCCS, accanto al personale dipendente, operano Dirigenti medici, Universitari convenzionati, Consulenti convenzionati con altri Enti (I.E. Fondazione IRCCS C. Mondino) lavoratori interinali e Medici e Sanitari a cui sono assegnati incarichi di natura professionale di natura libero professionale e lavoratori interinali.

Al 31 dicembre 2024, il numero di lavoratori impiegati a vario titolo presso la Fondazione IRCCS era il seguente:

Catogorie	Desc. Ruolo	Classificazione	Volumi	
Dipendenti Ospedalieri	SANITARIO Dirigenza Medica	Assistenza	542	
		Ricerca	4	
	SANITARIO Dirigenza non Medica	Assistenza	62	
		Ricerca	3	
	TECNICO Dirigenza	Assistenza	1	
	PROFESSIONALE Dirigenza	Assistenza	6	
	AMMINISTRATIVO Dirigenza	Assistenza	7	
		Ricerca	1	
	SANITARIO Comparto	Assistenza	1589	
		Ricerca	1	
	SOCIO SANITARIO Comparto	Assistenza	528	
		PROFESSIONALE Comparto	Assistenza	3
	TECNICO Comparto	Assistenza	405	
	AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	351	
		Ricerca	6	
Dipendenti Ospedalieri-Ricercatore sanitario	PERSONALE DELLA RICERCA	Ricerca Piramide	55	
Dipendenti Ospedalieri-Collaboratore profess.di ricerca sanit.	PERSONALE DELLA RICERCA	Ricerca Piramide	50	
Universitari Convenzionati	SANITARIO Dirigenza Medica	Personale Universitario assistenza	80	
		Personale Universitario ricerca	2	
		Personale Universitario assistenza	4	
Convenzione IRCCS C. Mondino	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	57	
Libero Professionista Assistenza	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	77	
Libero Professionista Gestione Emergenziale	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	63	
Libero Professionista Ricerca	PERSONALE NON DIPENDENTE	Ricerca	50	
Lavoratori Interinali	SANITARIO Comparto	Assistenza	1	
		SOCIO SANITARIO Comparto	Assistenza	17
		TECNICO Comparto	Assistenza	14
		AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	4
Borsa di Studio	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	1	
		Assistenza	56	
			4040	

Si evidenzia, inoltre che in quanto di sede Universitaria presso la Fondazione IRCCS sono quotidianamente presenti altresì studenti di medicina, e delle lauree delle professioni sanitarie, oltre che medici specializzandi della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Pavia.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La progressiva digitalizzazione della società contemporanea, le sfide che sorgono a seguito dei cambiamenti sociali e demografici o, come di recente, da situazioni emergenziali, rendono necessario un ripensamento generale delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa anche in termini di elasticità e flessibilità, allo scopo di renderla più adeguata alla accresciuta complessità del contesto generale in cui essa si inserisce, aumentarne l'efficacia, promuovere e conseguire effetti positivi sul fronte della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori, contribuendo, così, al miglioramento della qualità dei servizi pubblici.

L'attuale quadro normativo interviene sulla materia, prevedendo per le pubbliche amministrazioni apposite misure che, anche al fine di verificare gli effetti delle politiche pubbliche, richiedono un

apposito monitoraggio.

La disciplina di riferimento è la l. 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il d.l. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. *“Decreto Semplificazioni”*); dal 1 settembre 2022 trovano applicazione le nuove disposizioni in materia di Lavoro Agile. In particolare, viene introdotta una importante modifica alla vigente disciplina in materia che è volta a semplificare il ricorso al lavoro agile per facilitare le modalità di comunicazione tra datore di lavoro e lavoratore.

In applicazione di quanto previsto dal d.l. n. 34/2020 (art. 263, comma 1) che rimanda la disciplina del lavoro agile, in ultima analisi, alla contrattazione collettiva nazionale, la Fondazione IRCCS ha approvato il Regolamento aziendale n. 102/2024 (approvato con deliberazione n. 6/C.d.A./68 del 24 ottobre 2024) il quale disciplina l'applicazione del lavoro a distanza nelle due modalità di lavoro agile e lavoro da remoto, in attuazione delle previsioni legislative e contrattuali in materia vigenti, quali possibili modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

Il *“Lavoro agile”* è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalla Fondazione IRCCS, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. È stabilito 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. La prestazione lavorativa si svolge in parte all'interno e in parte all'esterno della sede di lavoro, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, avvalendosi della dotazione tecnologica idonea a consentire lo svolgimento della prestazione e l'interazione con il proprio responsabile, i colleghi e gli utenti interni ed esterni, nel rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, di privacy e di sicurezza dei dati. A tal fine, la Fondazione IRCCS consegna al lavoratore una specifica informativa in materia.

Il *“Lavoro da remoto”* è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa che si attua, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa in luogo idoneo e diverso dalla sede al quale il dipendente è assegnato. È stabilito mediante accordo tra le parti, avente a oggetto attività previamente individuate dalla Fondazione IRCCS e realizzabili con l'ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione da quest'ultima. Può essere svolto nelle forme seguenti:

- a) telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente;
- b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

Il lavoro a distanza, in qualsiasi sua modalità di esecuzione, è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, nonché la promozione della mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa e la maggiore integrazione lavorativa dei soggetti in condizione di disabilità o in condizioni di particolare necessità non coperte da altre misure.

3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale

Gli articoli 6 e 6-ter del d.lgs. n. 165/2001, stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”*.

All'interno del quadro normativo sopra descritto, Regione Lombardia ha provveduto, con DGR n. XI/5658 del 30 novembre 2021 ad individuare i criteri e le procedure per la redazione dei Piani triennali di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e, in particolare:

- sono stati approvati i criteri per la redazione dei piani triennali di fabbisogno per il triennio 2021–2023 di cui all'Allegato A della DGR stessa;
- è stato approvato il format del PTFP di cui all'Allegato B, della DGR stessa;

Sulla scorta delle determinazioni regionali, con deliberazione n. 6/CDA/6 del 07/03/2024, la Fondazione IRCCS ha adottato la proposta di Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2024 – 2026, successivamente approvato, da Regione Lombardia, in data 8 agosto 2024, con DGR n. XII/270.

Lo stesso è di seguito riportato:

DO 2024							
DO 2024	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
		di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA	
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	637	22	116	254	162	5	642
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	68					3	71
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3						3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	3						3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11					1	12
TOTALE DIRIGENZA	728	22	116	254	162	9	737
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.339	112	285	460	266		1.339
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	66	7	25		25		66
PERSONALE TECNICO SANITARIO	248			10	233	1	249
ASSISTENTI SANITARI	5						5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0						0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	29			21	7		29
ASSISTENTI SOCIALI	3			2			3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	442						442
OTA	4						4
OSS	531	44	42	164	147		531
AUSILIARI	2						2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3						3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	338	6				6	344
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0					120	120
TOTALE COMPARTO	3.010	169	352	657	678	127	3.137
TOTALE COMPLESSIVO	3.738	191	468	911	840	136	3.874

FTE e COSTI 2024									
FTE e COSTI 2024		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			TOTALE RICERCA			
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica				area chirurgica
Categoria	Raggruppamento profili								
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	548,5	18,0	109,5	244,5	153,0	5,0	553,5	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	67,5					3,0	70,5	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,5						2,5	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0	
	DIRIGENZA TECNICA	1,0						1,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8,0					1,0	9,0	
	TOTALE DIRIGENZA	633,5	18,0	109,5	244,5	153,0	9,0	642,5	64.217.107
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.343,5	123,0	307,5	467,0	446,0		1.343,5	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	63,0	6,0	25,0		23,0		63,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	240,0			9,0	231,0	1,0	241,0	
	ASSISTENTI SANITARI	4,5						4,5	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	37,5			21,0	7,0		37,5	
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,5			3,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	410,0						410,0	
	OTA	4,0						4,0	
	OSS	526,0	41,0	38,0	161,0	144,0		526,0	
	AUSILIARI	2,0						2,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	3,0						3,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	353,0	6,0				6,0	359,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					113,5	113,5	
TOTALE COMPARTO	2.989,5	176,0	370,5	659,5	851,0	120,5	3.110,0	120.040.634	
TOTALE COMPLESSIVO	3.623,0	194,0	480,0	904,0	1.004,0	129,5	3.752,5	184.257.741	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	49,2	1,2	1,2	26,1	4,3		49,2	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	2,1						2,1	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	0,0						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0						0,0	
	OTA	0,0						0,0	
	OSS	0,0						0,0	
	AUSILIARI	0,0						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383	

FTE e COSTI 2024		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			TOTALE RICERCA		
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica			
Convenzionato ACN (Comm. Speciali Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0	
	OSTETRICA	0,0					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0	
	OTA	0,0					0,0	
	OSS	0,0					0,0	
	AUSILIARI	0,0					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1,7					1,7	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0	
	OSTETRICA	0,9					0,9	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	13,5					13,5	
	OTA	0,0					0,0	
	OSS	14,2					14,2	
	AUSILIARI	0,0					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	8,2					8,2		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0		
TOTALE COMPARTO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491	
TOTALE COMPLESSIVO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491	

FTE e COSTI 2024		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui						TOTALE RICERCA
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	48,5					48,5		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	3,4					3,4		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	1,0					1,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9	1.037.984	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0					0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,0					0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	0,0					0,0		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9	1.037.984		
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0					0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,0					0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	0,0					0,0		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0		

DO 2025							
DO 2025	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE ... di cui				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	TOTALE RICERCA	
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	637	22	116	254	162	5	642
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	68					3	71
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3						3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	3						3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11					1	12
TOTALE DIRIGENZA	728	22	116	254	162	9	737
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.339	112	285	460	266		1.339
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	66	7	25		25		66
PERSONALE TECNICO SANITARIO	248			10	233	1	249
ASSISTENTI SANITARI	5						5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0						0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	29			21	7		29
ASSISTENTI SOCIALI	3			2			3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	442						442
OTA	4						4
OSS	531	44	42	164	147		531
AUSILIARI	2						2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3						3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	338	6				6	344
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0					120	120
TOTALE COMPARTO	3.010	169	352	657	678	127	3.137
TOTALE COMPLESSIVO	3.738	191	468	911	840	136	3.874

FTE e COSTI 2025									
FTE e COSTI 2025		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			TOTALE RICERCA			
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica				area chirurgica
Categoria	Raggruppamento profili								
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	548,5	18,0	109,5	244,5	153,0	5,0	553,5	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	67,5					3,0	70,5	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,5						2,5	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0	
	DIRIGENZA TECNICA	1,0						1,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8,0					1,0	9,0	
	TOTALE DIRIGENZA	633,5	18,0	109,5	244,5	153,0	9,0	642,5	64.217.107
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.343,5	123,0	307,5	467,0	446,0		1.343,5	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	63,0	6,0	25,0		23,0		63,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	240,0			9,0	231,0	1,0	241,0	
	ASSISTENTI SANITARI	4,5						4,5	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	37,5			21,0	7,0		37,5	
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,5			3,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	410,0						410,0	
	OTA	4,0						4,0	
	OSS	526,0	41,0	38,0	161,0	144,0		526,0	
	AUSILIARI	2,0						2,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	3,0						3,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	353,0	6,0				6,0	359,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					113,5	113,5		
TOTALE COMPARTO	2.989,5	176,0	370,5	659,5	851,0	120,5	3.110,0	120.040.634	
TOTALE COMPLESSIVO	3.623,0	194,0	480,0	904,0	1.004,0	129,5	3.752,5	184.257.741	
CONVEZIONATO UNIVERSITA RIO	DIRIGENZA MEDICA	49,2	1,2	1,2	26,1	4,3		49,2	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	2,1						2,1	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	0,0						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0						0,0	
	OTA	0,0						0,0	
	OSS	0,0						0,0	
	AUSILIARI	0,0						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383	

FTE e COSTI 2025		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui						TOTALE RICERCA
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Convenzionato ACN (Conv. Specializzati Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0					0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,0					0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	0,0					0,0		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0		
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1,7					1,7		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,9					0,9		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	13,5					13,5		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	14,2					14,2		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	8,2					8,2			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491		
TOTALE COMPLESSIVO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491		

FTE e COSTI 2025		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui						
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			TOTALE RICERCA
Incassati di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	48,5					48,5	1.037.894	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	3,4					3,4		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	1,0					1,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		52,9
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0							0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0							0,0
	OSTETRICA	0,0							0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0							0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0							0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0							0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0							0,0
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0							0,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0							0,0
	OTA	0,0							0,0
	OSS	0,0							0,0
	AUSILIARI	0,0							0,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0							0,0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9		
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0	0	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0							0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0							0,0
	OSTETRICA	0,0							0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0							0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0							0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0							0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0							0,0
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0							0,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0							0,0
	OTA	0,0							0,0
	OSS	0,0							0,0
	AUSILIARI	0,0							0,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0							0,0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		

DO 2026							
DO 2026	OSPEDALE					RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				TOTALE RICERCA	
di cui pronto soccorso		terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Raggruppamento profili							
DIRIGENZA MEDICA	637	22	116	254	162	5	642
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0
DIRIGENZA SANITARIA	68					3	71
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3						3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6						6
DIRIGENZA TECNICA	3						3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11					1	12
TOTALE DIRIGENZA	728	22	116	254	162	9	737
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.339	112	285	460	266		1.339
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0						0
OSTETRICA	66	7	25		25		66
PERSONALE TECNICO SANITARIO	248			10	233	1	249
ASSISTENTI SANITARI	5						5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0						0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	29			21	7		29
ASSISTENTI SOCIALI	3			2			3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	442						442
OTA	4						4
OSS	531	44	42	164	147		531
AUSILIARI	2						2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3						3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	338	6				6	344
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0						0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0					120	120
TOTALE COMPARTO	3.010	169	352	657	678	127	3.137
TOTALE COMPLESSIVO	3.738	191	468	911	840	136	3.874

FTE e COSTI 2026									
FTE e COSTI 2026		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui			TOTALE RICERCA			
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica				area chirurgica
Categoria	Raggruppamento profili								
DEPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	548,5	18,0	109,5	244,5	153,0	5,0	553,5	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	67,5					3,0	70,5	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,5						2,5	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	6,0						6,0	
	DIRIGENZA TECNICA	1,0						1,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8,0					1,0	9,0	
	TOTALE DIRIGENZA	633,5	18,0	109,5	244,5	153,0	9,0	642,5	64.217.107
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.343,5	123,0	307,5	467,0	446,0			1.343,5
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0							0,0
	OSTETRICA	63,0	6,0	25,0		23,0			63,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	240,0			9,0	231,0	1,0		241,0
	ASSISTENTI SANITARI	4,5							4,5
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0							0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	37,5			21,0	7,0			37,5
	ASSISTENTI SOCIALI	3,0			1,5				3,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	410,0							410,0
	OTA	4,0							4,0
	OSS	526,0	41,0	38,0	161,0	144,0			526,0
	AUSILIARI	2,0							2,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	3,0							3,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	353,0	6,0				6,0		359,0
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0							0,0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						113,5	113,5	
TOTALE COMPARTO	2.989,5	176,0	370,5	659,5	851,0	120,5	3.310,0	120.040.634	
TOTALE COMPLESSIVO	3.623,0	194,0	480,0	904,0	1.004,0	129,5	3.752,5	184.257.741	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	49,2	1,2	1,2	26,1	4,3		49,2	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	2,1						2,1	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0						0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0						0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0						0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0							0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0							0,0
	OSTETRICA	0,0							0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0							0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0							0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0							0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0							0,0
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0							0,0
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0							0,0
	OTA	0,0							0,0
	OSS	0,0							0,0
	AUSILIARI	0,0							0,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0							0,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0							0,0
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0							0,0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0							0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	51,3	1,2	1,2	26,1	4,3	0,0	51,3	3.838.383	

FTE e COSTI 2026		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui						TOTALE RICERCA
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Contratto ACN (Contr. Specialità Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0					0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,0					0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	0,0					0,0		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICECATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0		
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1,7					1,7		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0					0,0		
	OSTETRICA	0,9					0,9		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	13,5					13,5		
	OTA	0,0					0,0		
	OSS	14,2					14,2		
	AUSILIARI	0,0					0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	8,2					8,2			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0			
RICECATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0			
TOTALE COMPARTO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491		
TOTALE COMPLESSIVO	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	1.460.491		

FTE e COSTI 2026		OSPEDALE				RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui						TOTALE RICERCA
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica			
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	48,5					48,5		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	3,4					3,4		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	1,0					1,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9	1.037.894
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	0,0						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0						0,0	
	OTA	0,0						0,0	
	OSS	0,0						0,0	
	AUSILIARI	0,0						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	52,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9	1.037.894
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	0,0						0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0						0,0	
	OSTETRICA	0,0						0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0						0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0						0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0						0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0						0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0						0,0	
	OTA	0,0						0,0	
	OSS	0,0						0,0	
	AUSILIARI	0,0						0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0						0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0						0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0						0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0						0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Il PTFP sarà applicato nel rispetto della programmazione triennale della Fondazione IRCCS e della dotazione organica che esprime il fabbisogno di personale necessario a ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e agli utenti della Fondazione, nonché in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Nella realizzazione del reclutamento ivi previsto oltreché per la realizzazione della proposta di Piano 2025-2027, ci si atterrà a quanto disposto dalla DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024, con la quale la Regione Lombardia ha definito gli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2025.

Lo stesso indica le risorse finanziarie regionali assegnate e destinate all'attuazione del budget annuale sia del personale dipendente e universitario convenzionato sia del personale gravante sulle voci "Beni e Servizi" (per la Fondazione: interinali e libero professionisti).

La Fondazione IRCCS, in quanto Ente pubblico realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezione pubbliche, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR n. 487/1994 *"Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"*
- DPR n. 483/1997 *"Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"*
- DPR n. 220/2001 *"Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"*;

Oltre che attraverso l'espletamento dei concorsi pubblici, che rimane comunque il metodo più utilizzato, la Fondazione IRCCS, per realizzare le assunzioni programmate, sempre nel rispetto della disciplina vigente, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. *"mobilità fra Enti pubblici"* ex art. 30 del d.lgs n. 165/2001)

Formazione e sviluppo

La Fondazione IRCCS ha individuato e analizzato i fattori esterni ed interni che sono rilevanti per i propri obiettivi e che influenzano la propria capacità di ottenere i risultati attesi: ispirandosi alla Norma ISO 9001:2015, l'obiettivo è stato quello di aumentare il livello di visione strategica nel progettare il proprio Piano Formativo Aziendale (PFA) tenendo conto del contesto in cui opera e identificando i fattori rilevanti che possono direttamente o indirettamente avere un potenziale impatto sull'efficacia del sistema, individuando le aspettative delle parti interessate che possono influenzare il sistema rispettando i requisiti, anche cogenti, e ragionando in un'ottica di *"Risk based thinking"*. In quest'ottica sono stati anche analizzati i rischi legati all'applicazione del d.lgs. 66/2003, come da normativa europea. Le fasi chiave della progettazione e della messa in atto del PFA si realizzano attraverso:

- a. Analisi dei bisogni formativi, analisi delle risorse e dei vincoli. Definizione degli obiettivi;
- b. Macro Progettazione, Elaborazione. Riesame, Verifica e Validazione. Gli obiettivi prendono in considerazione:
 - l'acquisizione delle linee di indirizzo strategiche aziendali e degli obiettivi generali del PFA definiti dal Direttore Generale con le relative risorse umane ed economiche, in armonia con la *mission* e la *vision* aziendale, con i riferimenti normativi vigenti, in particolare con le regole di sistema di Regione Lombardia su cui impostare la fase successiva di *"bottom-up"*. In questa fase la SS Formazione e Sviluppo Competenze definisce le attività formative legate a tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze

sanitarie, normativa vigente (d.lgs. 81/08 e s.m.i.), *Basic Life Support Defibrillation, Privacy, risk management*, neoassunti etc. e si stabiliscono le attività formative obbligatorie che poi verranno confermate dal Comitato Scientifico Formativo;

- le proposte provenienti dai Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O., Coordinatori, Referenti Dipartimentali della Formazione con strumenti appositamente predisposti per la raccolta dei fabbisogni formativi sottoposti alla fine di ogni anno. Le U.O. utilizzano anche il riesame periodico per identificare il proprio fabbisogno formativo.

I macro-obiettivi del PFA 2023 sono legati:

- alla sicurezza e salute del lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali come disciplinato dal d.lgs. 81/08;
- alla cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
- alla diffusione intraospedaliera della gestione dell'emergenza urgenza;
- alla gestione delle infezioni e malattie infettive emergenti e riemergenti;
- all'aumento delle conoscenze metodologiche di approccio alla ricerca clinica;
- all'integrazione e valorizzazione delle risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neo-inserito e neo-assunto.

In tutte le fasi della progettazione del PFA la SS Formazione e Sviluppo Competenze fornisce supporto metodologico per la definizione delle tipologie formative più appropriate alle esigenze e agli obiettivi.

Ogni processo formativo genera elementi in uscita che costituiscono input per il processo successivo dando così evidenza di ciclicità. Il momento della valutazione e della ricaduta formativa sulla organizzazione è la ovvia conclusione della sequenza di un processo che, partito dalla rilevazione ed analisi dei fabbisogni, si conclude fisiologicamente con la valutazione che rappresenta, contemporaneamente, il punto di partenza per la nuova fase di rilevazione e analisi dei bisogni. Nel suo complesso, quindi, la fase di valutazione della formazione è stata distinta in tre momenti fondamentali:

- la valutazione *ex ante* il cui scopo fondamentale è stato quello di valutare la scientificità delle proposte di Macro - progettazione da parte del Comitato Scientifico Formativo;
- la valutazione in itinere, quale strumento di controllo del progetto approvato con eventuali azioni di aggiustamento;
- la valutazione *ex post* come momento di verifica finale a breve e, ove possibile, a medio termine della validità del progetto con riguardo all'obiettivo formativo.

Piano Azioni positive - 2025-2027

Premessa

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo.

E' previsto dall'art. 48 del d.lgs n. 198/2006 e mira a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità su lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. E' un documento obbligatorio per tutte le Pubbliche Amministrazioni; ha durata triennale e il mancato rispetto di tale obbligo è sanzionato con l'impossibilità per le P.A. di assumere nuovo personale. Le Azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

La Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A., di concerto con il Ministro per i Diritti e le pari Opportunità *"Misure per attuare parità e pari opportunità tra Uomini e Donne nelle Pubbliche Amministrazioni"* nel richiamare, la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/E, indica come sia importante la funzione che le Pubbliche Amministrazioni ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo al fine della promozione e della attuazione del principio delle Pari Opportunità e della Valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

Tali principi sono stati riaffermati e rafforzati all'art. 21 lettera b) della l. 183/2010 (che ha sostituito l'art. 7 del d.lgs n. 165/2001) con l'inserimento di ulteriori caratteristiche quali l'età, l'orientamento sessuale, la razza, l'origine etnica, la disabilità, la religione e la lingua delle persone cui garantire parità, pari opportunità e assenza di ogni forma di discriminazione, oltre che un ambiente di lavoro improntato al benessere lavorativo, accompagnato dall'impegno a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale e psichica al proprio interno. Il citato art. 21, lettera c) che ha sostituito l'art. 57 del d.lgs 165/2001, ha previsto la costituzione all'interno di ogni Pubblica Amministrazione, del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che, sostituisce, unificandoli in un solo organismo, i "Comitati per le Pari Opportunità" ed i "Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing", costituiti in applicazione della Contrattazione Collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai Contratti Collettivi relativi al personale della Amministrazioni Pubbliche o da altre disposizioni.

I compiti e le funzioni dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) sono poi stati disciplinati, nel dettaglio, dalle Linee Guida emanate dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011. La Fondazione IRCCS si è inoltre dotata del "Codice etico - comportamentale" vigente, il quale prevede l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dei lavoratori del San Matteo nei confronti dei suoi "portatori di interesse". Indica inoltre norme di correttezza, trasparenza e buona amministrazione a cui si deve uniformare il comportamento di dipendenti ed amministratori della Fondazione IRCCS.

Parte I

Il Piano delle Azioni Positive nasce dal lavoro svolto all'interno del CUG ed è elaborato individuando delle aree di azioni da realizzare nel prossimo triennio, tenendo conto delle necessità emerse per la valorizzazione del benessere organizzativo e lavorativo del personale (nonché delle necessità informative e formative in tema di rispetto alla persona, di prevenzione delle molestie morali e sessuali, di Parità, Pari opportunità in base all'art. 14 del Codice di Condotta)

Il Piano si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi e l'altra, più operativa, riguardante il raggiungimento obiettivo pertinenti.

Analisi delle risorse umane della Fondazione

Dalla Relazione del C.U.G. 2024 riferita al 2023 emerge che presso la Fondazione IRCCS la posizione delle donne ed il rispetto delle pari opportunità sia ben tutelato nel pieno rispetto dei principi ordinamentali Italiani e dell'Unione Europea, che riconoscono il diritto di Uguaglianza tra Uomini e Donne e il dovere

di contrastare qualsiasi forma di discriminazione negli ambiti lavorativi, come valori fondanti dei due Ordinamenti. Questa è una costante che si mantiene nel tempo

In attesa della Relazione del CUG riferita al 2024, dai dati attualmente a disposizione riferiti al 2023 si osserva che dalla tabella *"Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento"*, emerge in modo evidente che il numero di dipendenti di genere femminile, è notevolmente superiore rispetto ai dipendenti di genere maschile. Tuttavia, se questo dato, di per sé non risulta particolarmente indicativo, in quanto all'interno della composizione del personale rientrano profili professionali, quali quello di infermiere/ostetriche che, storicamente, sono stati oggetto di scelte da parte di donne più che di uomini, il dato risulta indubbiamente interessante, se ci si sofferma sul profilo di Dirigente Medico nel quale emerge una preponderanza di figure professionali di genere femminile. Il dato relativo alla dirigenza medica risulta ancora più rilevante se si osserva la ripartizione per età di tali figure in servizio; risulta infatti che la presenza di genere femminile è maggiormente rappresentata nelle fasce di età più giovani (da 31 a 40 anni e da 41 a 50 anni), a dimostrazione che vi è una correlazione diretta fra le nuove assunzioni, generalmente giovani e l'attuale popolazione dipendente nel profilo, che rileva come, statisticamente, il numero di professionisti medici assunti sia sempre più composto da donne. Questi dati dimostrano, in modo incontrovertibile, l'assenza di discriminazione (uomo - donna) da parte dell'Amministrazione.

Tabella - Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento

Le Statistiche relative al personale di seguito riportate sono aggiornate al 31.12.2023. Il numero totale delle/dei dipendenti è 3599, di cui 2456 (68,24%) di genere femminile e 1.143 (31,76%) di genere maschile; in questi dati sono stati contemplati anche i Professionisti Sanitari Universitari in Convenzione (n. 70, di cui 15 di genere Femminile e 55 di genere Maschile).

Classi età Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60
Dirig. Ammin. T. Ind.				2					1	
Dirigenza Ammin. e Tecnica Dir. S.C. Ind.		1	1	4	1				2	1
Dirigenza Ammin. Tecn. Dir. S.S.D. T. Ind.				1					1	
SSN Dirig. Medica Dir. SC Tempo Ind.			4	5	4			1	1	1
SSN Dirig. Medica Dir. SS e SSD T. Ind.			6	4	8		1	4	7	5
SSN Dirig. Medica T. Ind.	9	66	50	42	25	4	81	98	61	23
SSN Dirig. Medica T. Det.		4	2				6			
SSN Dirig. San. Non Medica Dir. S.C. T. Ind.					1					2
Dirigenza Sanit. Non Medica T. Ind.			2	2	1		5	11	21	16
Dirig. Sanit. Non Medica T. Determ.							2	2		
Dirig. Medica Universitaria(Convenzione)		10	9	18	18		6	5	3	1
Amministrativi	7	22	40	47	4	19	48	51	88	24
Personal Tecnico Professionale	2	2	1	3	1	5	5	9	8	1
Infermieri	31	64	81	131	31	116	139	180	355	85
Ostetriche			1			9	12	10	24	4
Tecnici Sanitari	5	13	13	22	7	21	38	45	76	21
Operatori Socio Sanitari	13	23	34	44	10	30	77	84	157	39
Operatori Tecnici	13	39	34	46	19	8	50	55	36	32
Ricercatore Sanit. DS6	1	4	2	1	1	3	3	1	4	2
Ricercatore Sanit. Ds3		1				2				
Ricercatore Sanit. Ds			4	4	2		1	5	11	4
Convenzioni D (Piramide Ricerca)		4	3			10	24	7	7	1
Collab. Ricerca Sanit. Elevata D6	1	3				2	1		5	1
Collab. Ricerca Sanit. Intermedia D3	2			1		2	1	2	4	
Collab. Ricerca Sanit. Iniziale D		3	2	1		1	3	4	9	3
Totale personale	84	259	289	378	133	232	503	574	881	266
% sul personale complessivo	2,33	7,19	8,03	10,5	3,69	6,44	13,97	15,94	24,47	7,39

Ad oggi gli incarichi di Direzione di Struttura Complessa (SC) e di Struttura Semplice (SS) sono ancora a favore del genere maschile. Per quanto riguarda gli incarichi apicali, tuttavia negli altri profili dirigenziali la differenza tra i due generi si riduce notevolmente.

Inoltre, tra i Direttori di Dipartimento vi sono n. 2 posizioni ricoperte da personale di genere femminile (Una di un Dipartimento Sanitario ed una del Dipartimento Amministrativo).

Si rileva altresì che, nel personale del Comparto, il numero di donne con Incarichi di Funzione (di Organizzazione), risulta essere circa tre volte superiore rispetto a quello degli uomini con lo stesso tipo di posizione e responsabilità, come da Tabella che segue:

Tabella - posizioni di Responsabilità remunerate non dirigenziali, ripartite per genere

Tipo Posizione di responsabilità	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Indennità Funzione (di Organizzazione)	22	29,33	53	70,67	75	82,42
Indennità di Funzione (Professionale)	2	12,5	14	87,5	16	17,58
Totale personale	24	26,37	67	73,63	91	100,00

Ulteriore elemento che evidenzia l'assenza di discriminazione si ritrova nella Tabella di cui infra **riferita all'Anzianità nei profili e livelli non dirigenziali, ripartite** per età e per genere nella quale si evidenzia una permanenza nel profilo pressoché sovrapponibile fra le figure professionali di genere maschile e di genere femminile. Anche se percentualmente leggermente a favore di quella di genere femminile se si prende a riferimento il dato riferito alla permanenza inferiore a 3 anni, indice di una progressione di carriera più celere

Considerazioni analoghe a quelle esposte nei paragrafi precedenti si possono desumere dai dati sul "Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio" - di cui alla Tabella seguente- dalla quale si evince, che dal punto di vista del titolo di studio posseduto, i dati sul personale maschile e femminile è pressoché sovrapponibile così come indicato dal prospetto seguente:

Tabella - Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio

Titolo di Studio	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Laurea Breve							0,00					1	1	0,28
Laurea	1	1	3	10	4	19	7,69		8	14	26	18	66	8,96
Specializzazione Post Laurea	1	71	66	45	45	228	92,31	2	99	120	71	32	324	90,76
Totale	2	72	69	55	49	247		2	107	124	97	51	391	
Totale %	0,31	11,28	10,81	8,62	7,68		38,72	0,31	16,77	19,43	15,20	7,99		61,28

E questo è maggiormente rappresentato nella Tabella "Personale non dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio". Degno di nota il fatto che all'interno del comparto confluiscono varie tipologie di dipendenti, dagli Operatori Tecnici, prevalentemente in possesso di Diploma di Scuola Media Inferiore, a Operatori di Supporto all'Assistenza ed agli Amministrativi, in possesso, prevalentemente, di Diploma di Scuola Media Superiore, a Professionisti/e Sanitari/e (Infermieri/e, Ostetriche, Figure Tecniche e di Riabilitazione delle Professioni Sanitarie) molte delle quali in possesso di Laurea, Laurea Magistrale, Master di I e di II Livello; tra questi ultimi prevale fortemente il genere femminile.

Tabella - Personale non dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio

Titolo di Studio	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Scuola Media Inferiore	7	48	90	154	32	331	41,69	21	85	132	350	109	706	32,62
Diploma di Scuola Media Superiore	6	12	52	110	15	195	24,56	12	29	166	397	59	663	30,64
Laurea I Livello	68	99	45	19	3	234	29,47	222	241	143	33	6	645	29,81
Laurea II Livello	6	9	9	7	1	32	4,03	17	53	49	20	5	144	6,65
Totale	87	168	196	290	51	792		226	376	530	812	159	2103	
Totale %	3,00	5,80	6,77	10,01	1,78		27,36	7,80	12,98	18,30	28,04	5,49		72,64
Master I Livello	5	31	17	26	2	71		36	42	39	97	12	226	
Master II Livello				2		2			1	2	3		6	
Dottorato di Ricerca			1			1								

Parte II:

Descrizione degli Obiettivi 2025-2027

Gli obiettivi generali del Piano delle Azioni Positive sono:

- prosecuzione nella promozione e diffusione di iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, al benessere lavorativo a tutti i livelli organizzativi e alla formazione/informazione mirata ad una maggiore consapevolezza in tema di mobbing, discriminazione di genere, stalking e pari opportunità;
- sostenere la collaborazione dei CUG e degli Organismi paritetici per l'innovazione anche tramite il confronto e lo scambio di esperienze con altre realtà ospedaliere;
- favorire nell'ambito lavorativo parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- promuovere e realizzare iniziative mirate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare.

A parte le azioni già intraprese a livello aziendale in conformità alle proposte del CUG e dettagliatamente descritte nella relazione annuale di tale organismo, già inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica entro il 30 marzo 2024 ed all'attività del *Gender Equality Team* (GET) aziendale a cui, per competenza, si rimanda, si descrivono di seguito alcune azioni che sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2025- 2027.

AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare

Obiettivo

Individuazione di soluzioni che concilino l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

In riferimento ai parametri solitamente individuati e contrattualmente previsti per verificare la corretta messa a disposizione delle misure per facilitare la conciliazione vita/lavoro, è evidente la concreta fruizione di tutti gli istituti normativi e contrattuali da parte del personale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, senza alcuna discriminazione di genere, come dimostrano i dati relativi alla fruizione di tali permessi richiesti e utilizzati, per la maggior parte, da personale di genere femminile. Uno dei dati più significativi è senz'altro quello che concerne la concessione del part time che, nel rispetto dei limiti contrattuali, è fruito in termini preponderanti da personale di genere femminile, nella misura del 96,15%, rispetto a quella maschile che si attesta intorno al 3,85% (calcolato sul numero di richieste). Prevale il part time orizzontale. La fruizione del part time, da parte delle figure di genere femminile, si concentra prevalentemente nella fascia d'età compresa tra 51 e 60 anni, ed in misura inferiore nella fascia d'età compresa tra 41 e 50 anni (dati riferiti al 2023).

Rispetto alla "Fruizione dei congedi parentali e permessi L.104/1992 per genere" emerge chiaramente che il genere femminile fruisce in maniera preponderante di tali congedi e permessi, rispetto al genere maschile; ovviamente le fasce d'età maggiormente rappresentate, per quanto concerne i congedi parentali giornalieri, dato correlato alla maternità, sono quelle più giovani, che rientrano tra < a 30 fino a 50 (23,39%) rispetto al genere maschile (7,60%); mentre rispetto ai Permessi L.104/1992 – giornalieri ed orari, si evidenzia una alta percentuale di soggetti di genere femminile che ne fruisce, rispettivamente 32,85% e 42,46% prevalentemente nelle fasce d'età comprese tra 41 e 60 anni, sicuramente correlato all'assistenza a Familiari anziani/fragili. I dati sono sovrapponibili a quelli del 2021. Da sottolineare inoltre che a tutti i Professionisti afferenti al Comparto Sanità (n. 56, di cui 37 di genere femminile) sono stati concessi Permessi Retribuiti per il Diritto allo Studio – 150 ore) per l'anno solare 2023, per la frequenza a Master di I Livello o di II Livello o a Laurea di I o II Livello.

Azioni

Possibilità di accedere allo *Smart Working* e relativa gestione dei contratti in conformità alla disciplina vigente.

Predisposizione di procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali.

Attuazione di procedure interne per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza, a parità di condizioni, per particolari condizioni di famiglia e di salute.

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2025– 2027

AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione

Obiettivo

Promuovere l'informazione e la formazione al fine di sviluppare conoscenze specifiche sul ruolo e l'attività del CUG nonché in tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni.

Promuovere altresì l'aggiornamento professionale finalizzato al miglioramento delle competenze nonché la diffusione delle informazioni.

Azioni

- programmazione di eventi formativi aventi ad oggetto il CUG e il benessere organizzativo anche attraverso il confronto con altre realtà ospedaliere lombarde;
- organizzazione di corsi residenziali e on line per la formazione professionale specifica e l'aggiornamento dei lavoratori dell'area amministrativa; in particolare sulle seguenti tematiche:

- sicurezza nei luoghi di lavoro, d.lgs. 81/2008, privacy, anticorruzione, codice degli appalti, flussi e certificazione ISO, novità legislative, competenze informatiche di base e avanzate, competenze linguistiche, tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti, stress e lavoro correlato, accoglienza del paziente straniero;
- programmazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario del comparto finalizzati alla crescita professionale in generale e in specifiche materie mirati al raggiungimento di standard assistenziali sempre più specializzati e di eccellenza. Attraverso il Piano di Formazione Aziendale, che prevede l'erogazione di circa 500 eventi formativi all'anno, viene garantita un'offerta formativa interna pari ad almeno 25 crediti ECM per settore specialistico, per ciascun professionista sanitario;
 - miglioramento della comunicazione interna attraverso la pagina Web aziendale (diffusione di tutte le informazioni inerenti convegni e congressi e attività formative organizzate a livello aziendale).

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2025 – 2027

AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo

Obiettivo

Promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione.

Azioni

- organizzazione di un incontro di accoglienza e di presentazione con i neo assunti da parte della Direzione aziendale.
- *training* aziendale per l'inserimento lavorativo per neoassunti e/o trasferiti.
- implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, presentazione dei neo assunti).
- formazione mirata a gestire lo stress e la percezione della fatica.
- programmazione di incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell'ambito lavorativo, laddove necessario.
- convenzione per la gestione degli abbonamenti ai mezzi pubblici e altri mezzi di trasporto rateizzabili sullo stipendio.
- attivazione di convenzioni con esercizi commerciali presenti in Azienda per agevolazioni economiche rivolte ai dipendenti nel quale il dipendente può selezionare una serie di offerte commerciali e stampare coupon e codici sconto per acquisti nei negozi e online. Verifica del recepimento delle regole previste nel Codice etico di comportamento nel quale è valorizzata la tutela del benessere organizzativo anche in termini di prevenzione di situazioni di conflitto e di disagio nonché di contrasto a condotte moleste (anche di carattere sessuale) e discriminatorie o comunque lesive della dignità e della reputazione della persona.
- campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute.
- studio di fattibilità sulla possibilità di una piattaforma di "*Car pooling*" aziendale (modalità di condivisione di veicoli privati con lo scopo di ridurre le spese e l'impatto ambientale anche in termini di traffico, posti auto e ambiente), incrementato dal *Mobility manager*, iniziativa in collaborazione con l'Assessorato Mobilità e Lavori Pubblici del Comune di Milano, che prevede la possibilità per il personale sanitario di accedere a voucher taxi.
- studio di fattibilità per la realizzazione di una palestra aziendale.

Unità operative coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e prevenzione; SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2025-2027

AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza

Obiettivo

- promuovere e favorire la cultura di genere, i principi di non discriminazione e insieme di attenzione alle differenze;
- realizzazione corsi sulla "*Gestione dei conflitti all'interno dell'equipe multidisciplinare*";
- servizi di supporto per l'interazione con l'utenza straniera a livello di interpretariato e mediazione linguistica/culturale e attivazione dell'International Office (previa verifica fattibilità).

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2025 – 2027

Sistema di gestione, attuazione, sviluppo e monitoraggio del Piano Triennale Azioni Positive

La rilevazione funzionale all'Analisi della dimensione di genere all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e le specifiche attività che connotano il Piano di Azioni in materia di Equità di Genere sono definite con il coordinamento di un gruppo di lavoro dedicato, denominato "*Gender Equality Team*" (GET), a composizione trasversale, con rappresentanti della Direzione Scientifica, Direzione Sanitaria, Direzione SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane, Direzione Medica di Presidio, Direzione Professioni Sanitarie, SS Formazione e Sviluppo Competenze, SC Protezione e Prevenzione, SC Qualità e Risk Management, SC Affari generali ed istituzionali, SC Avvocatura - Legale e Contenzioso, il CUG, e sono validate dalla Direzione Strategica.

I singoli componenti il GET coordinano, ciascuno con riferimento al perimetro di propria competenza, l'ambito di cui sono espressione e il monitoraggio del Piano di Azioni.

In questo quadro il GET, con il coinvolgimento delle competenti funzioni, prospetta altresì eventuali Azioni di miglioramento che sottopone alla valutazione e alla validazione della Direzione Strategica.

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) verrà monitorato e valutato periodicamente, attraverso la rilevazione degli Indicatori predisposti, che consentiranno di misurare il grado di raggiungimento degli Obiettivi prestabiliti e di porre, di conseguenza, le eventuali azioni correttive necessarie. Tali Azioni di miglioramento costituiscono anche elemento da considerare debitamente ai fini del periodico aggiornamento del Documento Piano di Azioni Triennale Positive (PTAP) in materia di equità di genere. Il PTAP della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è costituito da Obiettivi ed Azioni da realizzarsi nel triennio 2025 -2027. Il monitoraggio prevede la possibilità di produrre Report a cadenza annuale riguardanti la valutazione della fattibilità degli obiettivi ed il reale raggiungimento delle Azioni ed un Report conclusivo al termine del triennio

SEZIONE IV - MONITORAGGIO

L'attuazione delle scelte strategiche e degli obiettivi definiti nelle sezioni del presente Piano è garantita da un sistema di monitoraggio che vede coinvolte varie strutture e figure aziendali diversamente competenti. In base al dm 24 giugno 2022, mediante il quale si definisce il contenuto del PIAO e si fornisce lo schema di Piano-tipo, il monitoraggio delle sezioni del PIAO avviene come di seguito specificato:

- il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni fornite da ANAC;
- per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della Performance

Il Ciclo di gestione della performance si svolge con frequenza annuale attraverso l'impiego di due strumenti metodologici:

- il **processo di budget** (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;
- il **sistema di valutazione individuale** che consente di misurare e valutare la performance individuale.

Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del Ciclo della performance:

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni indicatori allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia recepisce:

- le disposizioni di legge, come da d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV "Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde";
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida ("Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance").

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il monitoraggio permette di verificare lo stato di attuazione e l'efficacia delle specifiche misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ricoprendo un ruolo essenziale per l'eventuale attuazione di decisioni e strategie più puntuali.

L'attività di monitoraggio è svolta dal RPCT.

Considerata la complessità dell'Ente, si ritiene che l'adozione di un sistema di monitoraggio su più livelli possa essere una soluzione metodologica percorribile al fine di garantire un presidio ed un controllo più capillare e completo, da attuarsi attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro Monitoraggio.

L'attività di monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti di trasparenza viene condotta attraverso un controllo periodico, svolto con cadenza quadrimestrale, dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla

normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

La valorizzazione del capitale umano è attuata mediante le seguenti modalità:

- **monitoraggio mensile** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle cessazioni a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;
- **strutturazione di specifiche progettualità** finalizzate a migliorare l'erogazione dei servizi e l'iter diagnostico terapeutico, con assunzioni di personale autorizzato da Regione Lombardia oltre il limite della dotazione organica della precedente annualità, nel rispetto del budget per la spesa del personale, con periodicità legata al PTFP e possibilità di sviluppo pluriennale;
- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, d.lgs. n. 165/2001;
- **assegnazione di borse di studio**, con apposite sedute a cadenza mensile, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso;
- **adozione di un sistema di valutazione individuale** legato al ciclo della performance (scheda di budget, ad oggi verificate dal nucleo di valutazione trimestralmente);
- **sviluppo di percorsi di carriera** della Dirigenza mediante la mappatura di competenze e conoscenze acquisite, in relazione al potenziale di crescita professionale e per l'eventuale assegnazione di incarichi superiori.

Conclusioni

Il presente Piano nasce da un percorso di cooperazione avviato tra le diverse Strutture della Fondazione IRCCS aventi l'obiettivo, ciascuno per le proprie competenze, di contribuire all'integrazione dei piani e programmi che confluiscono all'interno del presente documento e di esporre la connessione di tutti gli aspetti strategici della Fondazione IRCCS, integrando i documenti di pianificazione e programmazione (Piano della Performance, Piano delle Azioni Positive, Piano della Formazione, Piano Triennale dei Fabbisogni del personale e il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza).

Nel momento in cui si scrive, la Fondazione IRCCS non ha ancora deliberato obiettivi specifici al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico per l'anno 2025. Pertanto, nell'Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici (Tabella n. 1), suscettibili di modifiche/integrazioni in corso d'anno, con i rispettivi indicatori che saranno utilizzati per la misurazione dei risultati conseguiti e obiettivi di performance di carattere operativo (Tabella n. 2) relativi alle seguenti aree di performance:

- sviluppo delle attività sanitarie;
- sviluppo dell'attività di ricerca;
- qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure;
- digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie.

In continuità con quanto indicato nel PIAO precedente, gli obiettivi di performance strategici ed operativi indicati nelle tabelle 1 e 2 si riferiscono a progettualità di carattere pluriennale (avviate in precedenza ed in corso di implementazione/completamento) oppure caratterizzanti anche il 2025, data l'importanza della tematica di riferimento e tenuto conto della *mission* e *vision* della Fondazione IRCCS. Sono inoltre presenti progetti/processi operativi specifici in avvio col 2025.

Tabella n. 1 – Obiettivi di performance strategici

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficienza	Piano Pandemico – Panflu	Implementazione delle misure previste dalla pianificazione regionale. Attivazione della gestione integrata scorte in collaborazione con AREU. Un mese di scorte (calcolato secondo il consumo effettivo attuale rilevato) stoccato nei magazzini della Fondazione IRCCS. Il quantitativo delle scorte rimanenti, per singolo prodotto (considerando il fabbisogno pandemico, e non quello dell'anno 2023) potrà essere mantenuto con ulteriori accordi contrattuali presso il fornitore. Avere almeno un mese di scorte per i principali dpi e dm.	-Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato).	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti; -Popolazione di riferimento e Comunità in generale	2025	-Atti e provvedimenti amministrativi. -Stoccaggio di scorte in quantità prevista

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Liste di attesa	Consolidamento o miglioramento (se presenti margini di recupero) della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie (ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici, prestazioni di specialistica ambulatoriale) in prosecuzione di quanto già attuato nelle annualità precedenti.	-SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SSD Accoglienza, CUP e Libera Professione -Dipartimenti e Strutture sanitarie erogatrici di prestazioni	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	2025	Rispetto dei target di performance e delle disposizioni contenute nei provvedimenti adottati dalla DG Welfare per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
Efficienza	Screening oncologici	Svolgimento delle attività di screening nel rispetto delle indicazioni regionali e raggiungimento dei target previsti	-Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	2025	% raggiungimento dei target previsti
Efficienza	Breast Unit – Carcinoma mammario	Raggiungimento e miglioramento di specifici indicatori di percorso come da DGR n. 3458 del 25 novembre 2024	-Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Pazienti	2025	% raggiungimento dei target previsti da DGR n. 3458 del 25 novembre 2024
Efficienza	Tempi di pagamento	Perfezionamento dei tempi di pagamento in allineamento alle tempistiche previste dalla normativa vigente. Rafforzamento delle attività di alimentazione dei dati da aggiornare sulla Piattaforma dei crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile	-SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità -Strutture incaricate della liquidazione fatture	Aziende fornitrici e liberi professionisti	2025	% raggiungimento target previsti sui tempi di pagamento e corretta alimentazione della PCC

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficacia organizzativa	Aggiornamento assetto organizzativo	Attivazione di strutture sulla base delle previsioni del POAS e sulla base delle mutevoli esigenze organizzative in corso d'anno al fine di garantire il più funzionale assetto organizzativo alla mission della Fondazione	-Direzione Strategica Az.le; -Dipartimenti Az.li; -SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti.	2025-2027	-% azioni attuate/programmate dalla Direzione Strategica in corso d'anno
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DG Welfare	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	2025-2026	Stato avanzamento progettazione e rispetto cronoprogramma lavori
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Progetto nuovo ospedale	Realizzazione di una nuova struttura con l'obiettivo di completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA col fine di razionalizzare gli spazi esistenti e sfruttarne di nuovi in funzione delle nuove emergenti esigenze della Fondazione per lo svolgimento delle varie attività cliniche, di ricerca ed amministrative	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) -SC Sistemi informativi Aziendali -SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale-Sicurezza -Dipartimento Sviluppo Strategico -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori sanitari e personale della Fondazione -Pazienti -Comunità in generale	2025-2027	Avanzamento fasi progettuali e piena attivazione del nuovo Dipartimento Sviluppo Strategico

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficacia organizzativa	Anticorruzione e Trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> -Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT 2025/2027. -Promozione di iniziative di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza in collaborazione con ASST ed ATS Pavia – <i>“Giornata della trasparenza”</i>; -Perfezionamento dell’iter relativo alla gestione delle garanzie fidejussorie; -Miglioramento fruibilità e potenziamento contenuti, dati e chiarezza informativa della sezione Amministrazione Trasparente, in particolare la sottosezione <i>“Altri contenuti”</i> – <i>“Attuazione progetti PNRR”</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Affari Generali e Istituzionali (Resp. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza); -SC Controllo di Gestione; -Strutture della Fondazione interessate dalle misure 	<ul style="list-style-type: none"> -Fondazione -Utenti -Comunità in generale 	2025-2027	<ul style="list-style-type: none"> -N. delle misure di prevenzione portate a termine entro l’anno/N. complessivo delle misure previste per l’anno di riferimento; -Attestazione del NdV sull’attuazione delle misure; -Effettuazione revisione sottosezioni Amministrazione Trasparente
Qualità dei processi e dell’organizzazione	Riqualificazione edilizia	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento per edilizia sanitaria per adeguamento o incremento dei livelli di sicurezza (norme antincendio, verifica vulnerabilità sismica, ecc.), ristrutturazioni e adeguamenti strutturali, nuove realizzazioni, efficientamento energetico, ecc.	<ul style="list-style-type: none"> -Strutture specifiche in base alla tipologia di investimento (es. SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Ingegneria Clinica; SC Sistemi Informativi; SC Direzione Medica di Presidio; ecc.); -Aziende collegate alla progettazione ed esecuzione dell’investimento 	<ul style="list-style-type: none"> -Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione. 	2025-2027	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma
Qualità dei processi e dell’organizzazione	Ammodernamento e potenziamento apparecchiature sanitarie	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento per ammodernamento del parco tecnologico per sostituzione e introduzione di nuove	<ul style="list-style-type: none"> -Strutture specifiche in base alla tipologia di investimento (es. SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Ingegneria Clinica; SC Sistemi Informativi; 	<ul style="list-style-type: none"> -Pazienti; -Comunità in generale; 	2025-2027	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		apparecchiature, aggiornamento delle apparecchiature in uso	SC Direzione Medica di Presidio; ecc.); -Aziende collegate alla progettazione ed esecuzione dell'investimento	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.		
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Logistica ospedaliera (trasferimenti reparti)	Trasferimenti reparti ai fini di una razionalizzazione dei processi di lavoro, di ottimizzazione degli spazi e miglioramento della sicurezza e di risposta ai bisogni assistenziali	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica -SC Sistemi Informativi -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) -Dipartimenti e Strutture direttamente coinvolte -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Pazienti; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.	2025-2027	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento Sistemi Informativi	Implementazione soluzioni informatiche ad hoc, adeguamento applicativi gestionali, digitalizzazione dei processi, adozione e realizzazione di soluzioni digitali innovative, incremento del livello di sicurezza	-SC Sistemi Informativi; -Strutture specifiche in base agli applicativi oggetto di intervento migliorativo ed alle soluzioni digitali; -Ditte fornitrici applicativi.	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Enti ed associazioni.	2025-2027	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Sviluppo di linee ed attività di ricerca	Obiettivi specifici in base alla singola linea di ricerca	-Direzione Scientifica; -Strutture sanitarie coinvolte nelle singole linee di ricerca.	-Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Comunità in generale;	2025-2027	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
				-Ricercatori e comunità scientifica		
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento qualità dell'assistenza e delle cure ai pazienti	Monitoraggio e miglioramento di pratiche gestionali, percorsi diagnostici ed assistenziali, indicatori di processo	-SC Qualità e Risk Management; -Strutture sanitarie direttamente interessate; -Direzione Medica di Presidio; -Direzione delle Professioni Sanitarie.	-Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Comunità in generale.	2025-2027	Report, relazioni di audit, schede/verbali sopralluoghi, produzione documentazione dedicata, monitoraggio dati
Efficacia organizzativa	Formazione	Attuazione Piano Formativo aziendale, con buon riscontro partecipativo ai corsi formativi e potenziamento livello di conoscenze/competenze dei partecipanti ai corsi formativi	-SS Formazione e Sviluppo Competenze; -Tutte le SC/SSD/SS interessate dai corsi.	-Personale sanitario, tecnico ed amministrativo della Fondazione; -In generale, utenti dei servizi erogati; -In generale, Enti istituzionali che si relazionano con la Fondazione.	2025	-N° corsi effettuati / N° corsi previsti -Indice di gradimento dei corsi realizzati: % gradimento positivo / totale esiti Customer Satisfaction -Livello di superamento del test di apprendimento: tasso di superamento e fallimento del test -Numero partecipanti ai corsi

Tabella n. 2 – Obiettivi di performance operativi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento DH Oncologico dal Paglione 32 al terzo piano del Padiglione 29	Miglioramento strutturale ed organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento nell'accessibilità e razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, accorpando l'attività di degenza e ambulatoriale della SC Oncologia (soprattutto per cittadini over 65 e disabili); - miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti; 	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Oncologico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH oncologico	2025	Avvenuto trasferimento entro 2025
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della	Nell'ambito del riordino e la riclassificazione delle terapie intensive e sub-intensive, ottenimento dell'accreditamento di ulteriori posti letto dedicati rispetto a quelli già accreditati. Potenziamiento dell'offerta sanitaria nell'ambito delle cure intensive.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Sistemi Informativi;	-Pazienti necessitanti cure in rianimazione o terapia sub-intensiva.	2020-2026	Rispetto del cronoprogramma lavori

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020		-SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato)			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e BLS3) presso terzo piano Pad 42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della SC Malattie Infettive	Realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel trattamento del ricovero prolungato di Pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica. In particolare, si intende creare delle unità ad alto isolamento infettivologico, con annesso laboratorio, per fornire assistenza medica ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato); -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Medico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture	-Pazienti affetti da patologie altamente contagiose; -Operatori sanitari; -Comunità in generale	2022-2026	Rispetto cronoprogramma lavori sulla base del progetto redatto da ENI SpA
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Realizzazione e trasferimento Laboratori di Microbiologia e Virologia, comprensivi di laboratorio BLS 3, dal padiglione 30 al padiglione 42 Malattie Infettive	Miglioramento organizzativo, anche in vista della futura unità ad altro livello di isolamento che sarà realizzata all'interno del medesimo padiglione, con miglioramento dell'integrazione dei percorsi tra la SC Microbiologia e Virologia e la SC Malattie Infettive. Miglioramento strutturale e tecnologico grazie alla realizzazione dei nuovi laboratori, comprensivi del laboratorio BLS 3.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato);	-Pazienti affetti da patologie infettive; -Operatori sanitari;	2025	Avvio dei lavori anno 2025. Rispetto cronoprogramma lavori

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Medicina Diagnostica e di Laboratorio; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021	Completamento della realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità tramite ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti. Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state individuate le sedi del Presidio di Belgioioso come Ospedale di Comunità e Casa della Comunità Spoke presso il padiglione 33 di Piazzale Golgi, come sede della Casa di Comunità Hub. L'obiettivo di tali strutture risulta quello di migliorare l'offerta territoriale tramite: l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali, e la gestione dei ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, nonché la semplificazione e digitalizzazione dei percorsi, soprattutto per i cittadini over 65.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato); -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi	-Territorio della Provincia di Pavia (comunità e popolazione residente)	2022-2026	Rispetto del cronoprogramma di progetto. Indicatori specifici di accesso ed utilizzo delle strutture da parte dell'utenza e di prestazioni erogate e personale/operatori dedicati una volta entrate in funzione le strutture.
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Predisposizione progettualità per la riorganizzazione degli spazi del DH Ematologia	Realizzazione di un progetto che consenta una nuova collocazione del DH Ematologia, dimensionandolo per il flusso di pazienti che accoglie quotidianamente. Tale progetto consentirà una razionalizzazione e semplificazione dei percorsi dei pazienti ematologici.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica;	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH ematologia	2025	Trasferimento entro il 2025

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Oncologico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Avvio progetto di realizzazione nuovo ospedale. DGR n. XI/5835 del 29/12/2021 "Programma investimenti art. 20 Legge 67/88- Nuovo atto integrativo dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari" e art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018 n. 145	Al fine di consentire il completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA e la dismissione dei padiglioni non più adeguati, si rende necessaria la realizzazione di una nuova struttura che possa contenere tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica che devono necessariamente essere ricollocate e avvicinate a quella che è la nuova sede principale dell'ospedale. L'avvio del progetto parte dalla realizzazione di un nuovo parcheggio dimensionato per accoglienza utente/caregiver e la realizzazione di una palazzina della ricerca. Il progetto del nuovo ospedale ha quindi l'obiettivo di semplificare i percorsi dei pazienti, assicurando pari opportunità ed equilibrio di genere.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Sviluppo Strategico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	2025-2027	Avanzamento fasi progettuali e piena attivazione del nuovo Dipartimento Sviluppo Strategico
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione medicina d'urgenza presso DEA	La mission della medicina d'urgenza consiste nell'accogliere tutti coloro che si rivolgono al Pronto Soccorso e nel gestire tutte le patologie acute in atto, i pazienti critici e le problematiche traumatiche.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio;	-Operatori sanitari e personale della Fondazione;	2025	Attivazione entro 2025

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>La continuità di cure e di competenze con il Pronto Soccorso e la possibilità di definire il percorso migliore per ogni paziente dopo le prime ore / i primi giorni di degenza (dimissione, trasferimento in degenza ordinaria, trasferimento in terapia intensiva) rappresentano il compito fondamentale della Medicina d'Urgenza.</p> <p>La realizzazione del progetto consentirà una semplificazione dei percorsi per i pazienti che accedono all'ospedale tramite il percorso dell'emergenza-urgenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Emergenza Urgenza; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco 	-Pazienti		
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento Banca Occhi presso Padiglione 32	Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti.	<ul style="list-style-type: none"> -SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi; -Dipartimento Testa Collo; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco 	<ul style="list-style-type: none"> -Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti sottoposti ad attività di trapianto tessuti oculari 	2025	Trasferimento entro 2025
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione day-surgery	Realizzazione di un reparto di day surgery aziendale centralizzata presso il Padiglione 29 al fine di garantire l'ottimizzazione dei percorsi per la	-SC Direzione Medica di Presidio;	-Paziente che necessitano di	2023-2025	Realizzazione entro il 2025.

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		chirurgia elettiva a bassa complessità in regime di DS, DH e BIC. Tale progettualità consentirebbe un miglioramento e semplificazione nel percorso del paziente chirurgico, garantendo maggiore appropriatezza e linearità.	-SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -Dipartimento Chirurgico; -Dipartimento Emergenza Urgenza; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture	chirurgia elettiva minore		Rispetto cronoprogramma progetto
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Sala ibrida	Nelle more dell'attuazione del progetto per la realizzazione della sala ibrida, è stata inviata a dicembre 2023 a Regione Lombardia una relazione per l'avvio di una progettualità intermedia che preveda l'installazione di un angiografo monopiano per emodinamica e un angiografo biplano per l'interventistica neurologica. Tale progetto si inserisce nel progetto di ammodernamento necessario e non procrastinabile delle apparecchiature presenti in Fondazione.	-SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -Dipartimento Cardiotoracovascolare	- Operatori del dipartimento cardiotoracova scolare - Pazienti con necessità di interventi combinati in ambito cardiologico	2024-2025	Installazione n. 2 angiografi entro il 2025
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto NGS Facility	A fronte dell'implementazione nel 2023-2024 delle attività previste nel progetto che prevede la riorganizzazione delle attività di laboratorio e potenziamento delle attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing - NGS), si rende necessario il mantenimento ed eventuale ulteriore	-Dipartimento Servizi Diagnostici e per Immagini; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie;	- Pazienti con necessità di procedure diagnostiche con tecnologia NGS	2025	Mantenimento volumi di attività

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		potenziamento dell'organizzazione ed esecuzione dell'attività analitica in aree comuni a più Laboratori e con risorse tecnologiche ed umane condivise. Tale attività ha l'obiettivo di semplificare e rendere più accessibili le diverse infrastrutture presenti in Fondazione.	-SC Ingegneria Clinica	- Operatori sanitari coinvolti nell'attività diagnostica con tecnologia NGS		
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – Pancreas Unit Hub	Con riferimento alla DGR XI/6241 del 04/04/2022 “Determinazioni in merito all'attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – (Pancreas Unit)”, la definizione di “Pancreas Unit HUB” presso la Fondazione come Struttura organizzativa multidisciplinare, permetterà al paziente di seguire un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale competente e con elevati volumi di trattamento. L'attivazione di tale rete consentirà un accesso equo e strutturato per cittadini che presentano tali patologie.	-Dipartimenti aziendali coinvolti nel percorso delle patologie del pancreas; -SC Qualità e Risk Management; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -Coordinatore Pancreas Unit	- Pazienti affetti da patologie del pancreas - Operatori sanitari coinvolti nel percorso di presa in carico delle patologie del pancreas	2025	Elaborazione PDTA aziendale
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Avvio e implementazione e interfacciamento con l'Order Manager Regionale (OMRe) dei Laboratori	Completamento dell'implementazione del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n. XI/7672/2022 e della DGR n. XII /2560 del 17/06/2024	-SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Sistemi Informativi; -Laboratori coinvolti; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture	- Pazienti che accedono a prestazioni di laboratorio in ambito regionale - Operatori sanitari coinvolti nel percorso	2025	Avvio e implementazione interfacciamento con l'Order Manager Regionale (OMRe) entro il 2025
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Revisione ed adeguamento laboratori BSL3 officina	Revisione ed adeguamento del laboratorio BSL3 presso la Cell Factory, al fine di adeguarlo alle prescrizioni AIFA.	-SC Gestione Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio;	- Territorio regionale	2025	Rispetto cronoprogramma di progetto

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	farmaceutica Cell Factory c/o Pad. 27		-SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti (Provveditorato-Economato); -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Installazione ed allestimento di un laboratorio di spettrometria di massa	Il laboratorio conterrà due spettrometri di massa che verranno utilizzati prevalentemente per l'attività di ricerca. La strumentazione consentirà di effettuare analisi di massa accurata su campioni.	- SC Ingegneria Clinica; - SC Gestione Tecnico Patrimoniale; - Direzione Scientifica; - SC Gestione Acquisiti (provveditorato-Economato); - SC Sistemi Informativi; - Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture	- Comunità scientifica e sanitaria; - Operatori sanitari e personale della Fondazione	2025	Piena funzionalità del laboratorio. Rispetto cronoprogramma progetto
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 1 (area tematica Ematologia e Immunologia): Patologie immunomediate e immunodepressione. Immunoterapia	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non-responders a terapie immunomodulanti; - risposta immunitaria innata ai tumori e implicazioni immunoterapeutiche; - ruolo del microbioma intestinale nelle patologie autoimmuni. Risultati attesi nel triennio: - definizione dei criteri per la valutazione della complessità clinica;	-Direzione Scientifica -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol. -Reumatologia -Pediatria -Malattie Apparato Resp. -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Oncologia	- Pazienti affetti da patologie immunomediate ed allergiche e che necessitano di immunoterapia; - Comunità scientifica e sanitaria	2025-2027	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - validazione clinica e utilizzo sul campo di biomarcatori, biochimici e genetici, di malattie immuno-mediate; - sviluppo di farmaci e approcci terapeutici innovativi volti a migliorare l'efficienza delle cure e da inserire in nuovi percorsi diagnostico-terapeutici. Valutazione della produzione scientifica, protocolli innovativi di gestione. 	<ul style="list-style-type: none"> -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica 			
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 2 (area tematica Ematologia e Immunologia): Malattie del sangue e degli organi emopoietici	<p>Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiungimento di avanzamenti significativi in ambito diagnostico di precisione per le malattie ematologiche e onco-ematologiche: diagnosi molecolari somatiche leucemie e genetiche costitutive patologie ematologiche ereditarie; - espansione obiettivi di diagnosi di precisione ad un maggior numero di malattie ematologiche specie eredo-familiari; - innovazione terapeutica in ambito di protocolli chemioterapici e di terapia cellulare e dati comparativi di efficacia; - definizione storia naturale sindromi ereditarie con bone marrow failure; - stratificazione prognostica malattia specifica; - prevenzione e gestione recidive; - continuità assistenziale onco-ematologica adulto-bambino. <p>Risultati attesi nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione diagnostica di precisione, quindi fenotipi e cause/meccanismi, per malattie sia ematologiche che onco-ematologiche tra cui anemie congenite, anemia di Fanconi e leucemie; - meccanismi di malattia: per es. popolazioni neoplastiche in leucemie con caratteristiche 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Ematologia -Cell Factory -Oncoematologia Pediatrica -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Immunoematologia e medicina trasfusionale -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie ematologiche sia in età pediatrica che in età adulta; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>immunofenotipiche diverse che condividano stesse modificazioni geniche possono derivare da progenitori comuni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - avanzamento delle conoscenze: per es. identificazione di sub-cloni leucemici derivanti da 'founder clones' già presenti alla diagnosi; definizione del ruolo del microambiente midollare nelle anemie; - innovazione terapeutica, anche in collaborazione con la linea trapiantologica, per es. confronto tra terapia cellulare somatica con linfociti T citotossici anti-leucemia e chemioterapia convenzionale sia nella leucemia acuta linfoblastica che nella leucemia acuta mieloide rispetto alle recidive in chemioterapia. 				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 3 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie cardiovascolari	<p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per malattie cardiache multifattoriali: contributi relativi al ruolo dei devices nella gestione ottimizzata dello scompenso; dimostrazione dell'efficacia della correzione non-chirurgica del rigurgito mitralico nello scompenso; prevenzione delle sindromi coronariche acute; sviluppo dell'imaging non invasivo per prevenzione primaria. - per malattie cardiache monofattoriali genetiche: nuova pipeline (software OSM) per interpretazione patogenicità delle varianti geniche nelle malattie ereditarie cardiovascolari; linee guida per patogenicità delle varianti geniche; sviluppo di modelli gene-specifici per l'attribuzione del ruolo dei difetti genetici nelle malattie ereditarie. - per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Unità Terapia Intensiva Coronarica -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Chirurgia vascolare -Radiologia diagnostica per immagini 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie cardiovascolari; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblificazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		gestione ibrida -chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo.				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 4 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie dell'apparato respiratorio	<p>Obiettivi generali: meccanismi patogenetici delle malattie parenchimali e terapie personalizzate.</p> <p>Obiettivi specifici: 1-sviluppo di equazioni di riferimento per test di funzione respiratoria (spirometria, V. statici, V. ventilatorio massimo, diffusione polmonare) nella popolazione italiana adulta, che generino valori: -aggiornati per coorti di età e rappresentativi fino all'età avanzata; 2-per deficit di alfa1-antitripsina, la creazione serie di pazienti studiati in modo omogeneo per la definizione di aspetti clinici e prognostici della/e patologia/e epatica e/o polmonare. 3-definizione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante e sviluppo di terapie basate su nanoparticelle ingegnerizzate.</p> <p>Tra i risultati attesi dalla ricerca del prossimo triennio si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di nuovi indici di riferimento per la diagnostica funzionale delle malattie polmonari; - identificazione di meccanismi cellulo-molecolari di fibrosi parenchimali; - dati di stratificazione prognostica per patologie con evoluzione end-stage di potenziale pertinenza trapiantologica; - caratterizzazione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante; - implementazione di protocolli in vitro per lo sviluppo di terapie con nanoparticelle ingegnerizzate applicate a più ambiti terapeutici 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie dell'apparato respiratorio -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Pediatria -Radiologia diagnostica per immagini 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie respiratorie acute e/o croniche; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>di pertinenza pneumologica a supporto dello sviluppo di terapie locali piuttosto che sistemiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione delle strategie terapeutiche per il mesotelioma pleurico; - definizione dei profili fenotipici extra-polmonari nel deficit di alfa1-antitripsina; - innovazione terapeutica per la proteinosi alveolare polmonare. 				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 5 (area tematica Malattie Infettive): Infezioni emergenti e interazioni patogeno-ospite	<p>Gli obiettivi generali della linea di ricerca si focalizzeranno sui meccanismi fini che regolano i rapporti patogeno-ospite. Più specificamente: 1. Identificazione di polimorfismi comuni o rari di molecole coinvolte nelle risposte immunitarie innate (es. Toll-like receptors) e adattative alle infezioni. 2. Valutazione della risposta innata e adattativa ai vaccini e correlati di protezione. 3. utilizzo di cellule NK e T nella terapia delle infezioni virali croniche. 4. Sviluppo di anticorpi monoclonali umani neutralizzanti i patogeni e loro varianti. 5. Sviluppo di nuove metodiche per l'identificazione di virus emergenti caratterizzati da una elevata variabilità genetica.</p> <p>I risultati attesi nel triennio dipendono anche dall'andamento della attuale pandemia. Si prevede di raggiungere le seguenti milestones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto di infezioni croniche; 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie Infettive 1 -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol -Microbiologia e Virologia -Direzione Sanitaria -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie infettive; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - ruolo del microbioma intestinale nell'evoluzione delle patologie infettive e nella risposta terapeutica; - sviluppo di test innovativi per la valutazione della memoria T e B cellulare ai patogeni; - sviluppo di biomarcatori di severità e progressione di malattia; - correlati di protezione naturale o indotta da vaccini nelle infezioni da patogeni emergenti quali SARS-CoV-2; - sviluppo di test di verifica dell'esaurimento delle risposte immuni e loro ricostituzione. 				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia): Indicazioni al trapianto e malattie trapiantabili	<p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le diagnosi di precisione per tutti i SOT; - l'abbattimento della domanda trapiantologica grazie al miglioramento, personalizzazione delle cure specie per le malattie multifattoriali degenerative; - la sistematica rivalutazione clinica delle fasi evolutive delle malattie trapiantabili; - lo sviluppo di pipelines diagnostiche integrate molecolari che integrino studi di genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica, anche single cell sequencing, finalizzati alla comprensione dei meccanismi di malattia; - l'avvio di un percorso parallelo di ricerca sui druggable genes coinvolti nelle malattie di pertinenza della ricerca dell'ente; - la generazione di linee guida per l'interpretazione corretta delle varianti geniche alla luce della necessità di re-interpretazione delle varianti geniche identificate in passato; 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Anestesia e Rianimazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie trapiantabili; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - la gestione innovativa di malattie genetiche per le quali siano recentemente emerse nuove possibilità terapeutiche non trapiantologiche. 	<ul style="list-style-type: none"> -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi -Anatomia Patologica 			
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 7 (area tematica Trapiantologia): Il trapianto e le sue complicanze	<p>L'obiettivo globale della ricerca di questa linea di ricerca è la protezione della funzione del graft nel lungo termine e la prevenzione delle complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva tra cui infezioni opportunistiche, neoplasie trapianto correlate, e comorbidità emergenti nei long-term survivors.</p> <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per trapianto di cuore, polmone e rene: 1) aumento del pool degli organi trapiantabili con preservazione ottimale di reni e polmoni da donatori a cuore non battente e di cuore a lunga distanza con perfusione ed ossigenazione ex situ; 2) identificazione di nuovi biomarcatori di allorizzazione umorale e di markers molecolari nella chronic graft failure; 3) caratterizzazione dei meccanismi di fibrogenesi dei graft nel rigetto cronico e ruolo di terapie locali nanoveicolate nella BOS polmonare. - per il trapianto HSC: 1) sviluppo di nuovi protocolli mileloablativi e di immunosoppressione nelle malattie mieloproliferative; 2) HSC in malattie genetiche rare per es. anemie di Fanconi (trapianto di CSE T-depletate HLA-aploidentico) e nelle malattie del tratto gastroenterico non altrimenti trattabili; 3) predizione, prevenzione e controllo della GVHD e delle infezioni opportunistiche. 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Anestesia e Rianimazione -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi -Anatomia Patologica 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti trapiantati; - Comunità scientifica e sanitaria 	2025-2027	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - per tutti i trapianti: ottimizzazione dei piani vaccinali dei candidati a trapianto di organi e di cellule. 				
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Travaglio/Parto	<p>Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetali/neonatali", nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; - Proseguire l'invio delle segnalazioni all'ISS-Ministero della Salute relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza; - Principali cause di morbilità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l'eclampsia, il distacco di placenta, la rottura d'utero, l'emoperitoneo spontaneo, l'embolia da liquido amniotico e la tromboembolia; - Sorveglianza della mortalità materna: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; - Sorveglianza della mortalità neonatale: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; - Formazione con simulazione sulla gestione dei casi clinici in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di Area Ostetrica 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Ostetricia e Ginecologia -SC Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale -SC Qualità e Risk Management 	-Gestanti e neonati che afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali	2025-2027	<ul style="list-style-type: none"> -Inserimento dati nel sistema CEDAP -Verbali degli Audit sui trigger -Invio delle segnalazioni all'ISS -Report Eventi Avversi -Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto -Progettazione gestione e registrazioni degli eventi formativi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Infezioni-SEPSI	Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Attuazione del piano operativo annuale; - Revisionare PDTA 22 Riconoscimento precoce e trattamento iniziale della sepsi e shock settico nell'adulto - Promuovere l'adesione ai PDTA dedicati all'interno della Fondazione; - Monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione delle infezioni e ai protocolli di terapia antibiotica.	-CIO -SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione	-Pazienti con sepsi sospetta o accertata -Pazienti della Fondazione -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione	2025-2027	-Monitoraggio epidemiologia microorganismi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO -Audit cartelle sepsi -Monitoraggio consumo gel alcolico -Controlli igiene ambientale
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria	Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Svolgere sopralluoghi con la preordinata Check List 2.0 presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.	-SC Qualità e Risk Management -SC DMP -SC DPS	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione -Pazienti della Fondazione che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche	2025-2027	-Verbali di sopralluogo e database rilevazioni -Audit documentali -Compilazione Check List 2.0
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure	Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Perseguimento accreditamenti e certificazioni di qualità e all'eccellenza (ISO 9001:2015, ATS, CNT, CNS, KEDRION, IBMDR, JACIE, ESMO, EUSOMA, ERN, OECI)	-SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC della Fondazione	-Pazienti della Fondazione	2025-2027	-Esito verifiche di terza parte
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Sviluppo PBM	Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale. Obiettivi più rilevanti:	-SC Qualità e Risk Management -SC SIMT	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione	2025-2027	-Redazione e pubblicazione della Procedura Aziendale PBM

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del modello culturale ed organizzativo del Patient Blood Management tra i professionisti sanitari. - Pubblicazione Procedura Aziendale per il Patient Blood Management - Revisione P22 - Procedura per la gestione della terapia trasfusionale 	<ul style="list-style-type: none"> -AR2 –Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica -Chirurgia Toracica -Ginecologia e Ostetricia -SIMT -Cardiochirurgia -Ortopedia e Traumatologia -Chirurgia Pediatrica -Ematologia 1 -Ematologia 2 – Oncoematologia Pediatrica 	- Pazienti della Fondazione		
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Promozione sicurezza processo trasfusionale	<p>Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale.</p> <p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisire conoscenze atte a prevenire eventi avversi e near miss correlati alla pratica trasfusionale. - Migliorare l'appropriatezza, favorire la salute del paziente e ridurre il rischio trasfusionale. 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -SC SIMT -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione 	-Operatori sanitari e dipendenti e pazienti della Fondazione	2025-2027	<ul style="list-style-type: none"> -Report semestrale EA -Audit casi clinici - Progetto di Formazione
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione del rischio in Pronto Soccorso	<p>Qualità dei servizi e completamento delle procedure.</p> <p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno - Pubblicazione PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR) - Revisione P 27 Prevenzione e Gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -Direzione Medica di Presidio -Direzione Professioni Sanitarie -Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza -SC Medicina d'Urgenza 	<ul style="list-style-type: none"> -Pazienti pronto Soccorso. -Tutti i Pazienti della Fondazione 	2025-2027	<ul style="list-style-type: none"> -Pubblicazione documenti -Elaborazione documenti

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-SC Anestesia e Rianimazione 1 -SC Cardiologia			
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione del paziente in Fondazione	Qualità dei servizi e completamento delle procedure. <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione PDTRA percorsi oncologici - Elaborazione PDTA per il paziente candidato a Chirurgia Bariatrica - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente dialitico - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente con arteriopatia ostruttiva cronica periferica (AOCP) - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente con patologia oncologica a carico del Pancreas - Pubblicazione IO sull'educazione del paziente/caregiver - Pubblicazione IO sulla Gestione dei Gruppi Multidisciplinari/Multiprofessionali (MDT) - Pubblicazione Procedura aziendale P21 per l'urgenza rianimatoria e il soccorso sanitario in Fondazione 	-SC Chirurgia Generale 1 -SC Chirurgia Generale 2 -SC Oncologia -SC Ematologia -SC Oncoematologia Pediatrica -SC Nefrologia Dialisi-Abilitazione al trapianto -SC Chirurgia Vascolare -SC AR3 Anestesia e Terapia intensiva Postchirurgica -Direzione Professioni Sanitarie -Direzione Medica di Presidio -SC della Fondazione interessate dai percorsi	-Pazienti pronto Soccorso. -Tutti i Pazienti della Fondazione	2025-2027	-Pubblicazione documenti -Elaborazione documenti
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della prevenzione del Rischio nell'utilizzo dei farmaci	Digitalizzazione e qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione della cartella e del Foglio unico di terapia informatizzati - Monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure (Raccomandazione Ministeriale n. 7); 	-SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione -SC Farmacia Ospedaliera	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Pazienti a cui vengono somministrate	2025-2027	-Audit documentali sulle cartelle -Report semestrale EA -Produzione di documentazione a supporto dell'implementazi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - Implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia con ATMP - Revisione Procedura Aziendale P 10 per la gestione dei farmaci 	-SSCC Programma Trapianti San Matteo Pavia	terapie farmacologiche		one della terapia con ATMP
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Travaglio/Parto	Digitalizzazione. Obiettivi più rilevanti: <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire l'utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, attraverso i software aziendali quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico. 	-SC Ostetricia e Ginecologia	-Gestanti e neonati che afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali	2025-2027	-Numero di Non Conformità aperte durante le verifiche ispettive interne per mancata compilazione informatizzata in Cartella clinica Scheda MEOWS (<1)
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Segnalazione eventi avversi, sentinella e cadute	Digitalizzazione. Obiettivi più rilevanti: <ul style="list-style-type: none"> - Adesione al progetto HERMLomb per la segnalazione degli eventi avversi-sentinella e delle cadute nel software regionale - Invio degli agiti violenti secondo quanto previsto da Regione Lombardia 	-SC Qualità e Risk Management -Tutte le Strutture della Fondazione	-Pazienti della Fondazione -Regione Lombardia	2025-2027	-Inserimento registrazioni eventi
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Trasparenza nei confronti del cittadino	Accessibilità all'amministrazione e qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: <ul style="list-style-type: none"> - Per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura. 	-SC Qualità e Risk Management	-Comunità in generale	2025-2027	-Pubblicazione relazione annuale di Risk Management
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Verifica della soddisfazione dell'utenza riguardo servizi	Semplificazione digitalizzazione e accessibilità dell'amministrazione. Obiettivi più rilevanti:	-SC Qualità e Risk Management -SS Comunicazione e URP	-Fondazione -Operatori sanitari e	2025-2027	-Aumento della numerosità delle customer compilate

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	sanitari e degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento delle rilevazioni delle customer satisfaction, attraverso la creazione di customer cartacee per la valutazione dei servizi esternalizzati - Aumento delle rilevazioni customer dei servizi sanitari attraverso digitalizzazione e la predisposizione di rilevazioni con accesso tramite inquadramento di QRCode da locandine - Rilevazioni customer per la valutazione da parte dei dipendenti del servizio ristorazione - Rilevazioni customer del cliente interno per la valutazione dei servizi della Fondazione 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) -SSCC che hanno strutturato la customer dei servizi interni 	<ul style="list-style-type: none"> dipendenti della Fondazione - Pazienti della Fondazione 		
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Completezza e accuratezza della documentazione e	<p>Efficienza nel completamento delle procedure e qualità dei procedimenti e servizi.</p> <p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisire conoscenze atte migliorare la capacità di documentare con completezza e accuratezza il processo di cura del paziente per prevenire le ricadute medico giuridiche. 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione 	-Fondazione e Operatori Sanitari	2025-2027	-Progetti di Formazione
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	<p>Pari opportunità e l'equilibrio di genere.</p> <p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisire conoscenze atte garantire benessere, pari opportunità e inclusività - Acquisire conoscenze atte garantire uguaglianza di genere e valorizzazione delle diversità 	<ul style="list-style-type: none"> -DPS -CUG -SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione 	-Fondazione e Operatori Sanitari	2025-2027	-Progetti di Formazione
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Aggiornamento dell'infrastruttura network e datacenter della Fondazione	L'obiettivo dell'intervento è quello di aggiornare tecnologicamente l'attuale infrastruttura di network e la parte di datacenter che presentano problemi di obsolescenza nonché per garantire i necessari aggiornamenti di sicurezza.	<ul style="list-style-type: none"> -Sistemi informativi, -Gestione Tecnico Patrimoniale 	Tutti gli operatori interni aziendali, oltre ai fornitori e indirettamente anche gli utenti esterni che accedono ai servizi erogati dalla Fondazione	2024-2025	Gli indicatori sono ricompresi nei verbali di SAL periodici che sono previsti all'interno della Convenzione CONSIP a cui la Fondazione ha aderito.

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
						Rispetto del cronogramma.
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Implementazione di una piattaforma integrata per la Cybersecurity	L'obiettivo dell'intervento è quello di elevare il livello complessivo di sicurezza nella gestione dei dati e dei servizi erogati dalla Fondazione, con attenzione anche agli aspetti legati alla gestione dei dispositivi medici connessi in rete	Tutte le strutture sia amministrative sia sanitarie, nonché i fornitori di software e apparecchiature	Tutti gli operatori interni aziendali, oltre ai fornitori e indirettamente anche gli utenti esterni che accedono ai servizi erogati dalla Fondazione	2023-2026	Gli indicatori sono ricompresi nei verbali di SAL periodici che sono previsti all'interno dell'AQ CONSIP a cui la Fondazione ha aderito. Rispetto del cronogramma. In più vengono periodicamente prodotti report generati da analisi relative alle vulnerabilità presenti
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Realizzazione di nuova piattaforma integrata CUP	Il risultato atteso a livello regionale è di avere una piattaforma unica e condivisa a livello di agende per la gestione delle prestazioni ambulatoriali	Sistemi Informativi, Accettazione amministrativa, Economico Finanziario, DMP, Gestione Operativa, DPS, oltre a tutte le strutture sanitarie erogatrici di prestazioni in regime ambulatoriale	Oltre alle strutture interne, i principali beneficiari sono gli utenti esterni che dovrebbero poter usufruire di una offerta integrata più efficiente e completa.	2024-2026	Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma.
Digitalizzazione e ammodernamento	Adeguamento applicativi referenti al nuovo Fascicolo	Il progetto prevede il progressivo adeguamento dei vari applicativi referenti (LDO, AMB, PS, LAB, RAD, etc.) ai nuovi metodi previsti dal FSE 2.0 nazionale	Sistemi Informativi, DMP, Gestione operative, tutte le	Tutti gli utenti esterni sono interessati da questo intervento	2023-2025	Percentuali di referti adeguati ai nuovi metodi; obiettivi nazionali e

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
ento delle tecnologie	Sanitario Elettronico 2.0	con contestuale produzione di referti strutturati secondo il modello HL7 CDA 2	strutture sanitarie che producono referti	in quanto avrà impatto sui Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini		piattaforma di monitoraggio a livello regionale
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Progettazione di una CCE per Neonatologia, TIN e Oncoematologia Pediatrica	Il progetto si prefigge l'ambizioso obiettivo di realizzare una piattaforma unica integrata che gestisca tutto il percorso all'interno del Dipartimento pediatrico con particolare focus alla TIN e Neonatologia e all'Oncoematologia pediatrica. Il progetto prevede una CCE dedicata oltre ad una gestione integrata dei processi di prescrizione e somministrazione delle terapie, nonché l'interfacciamento con la strumentazione biomedicale e l'uso di PDTA e algoritmi intelligenti a supporto delle decisioni cliniche	Sistemi Informativi, DMP, DPS, Gestione Operativa, Qualità e Risk management, SC Neonatologia e TIN, SC Oncoematologia pediatrica	Gli operatori delle strutture sanitarie coinvolte nonché i pazienti ed i familiari delle strutture stesse	2023-2027	Indicatori previsti dal Progetto Esecutivo approvato. Rispetto del cronogramma.
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Progetto Digital Pathology	Il progetto sulla digitalizzazione dei processi che riguardano l'Anatomia Patologica ha i seguenti obiettivi: Dematerializzazione dei preparati istologici; Facilitazione nella condivisione/discussione casistica; Integrazione del dato cito-istologico digitale nell'ambito di registri e archivi di dati oncologici con correlazioni cliniche, radiologico strumentali e risultati di indagini genomiche-molecolari; Implementazione delle potenzialità didattiche e di ricerca; Creazione di un network regionale tra le varie Anatomie Patologiche	Sistemi Informativi, DMP, DPS, Gestione Operativa, Ingegneria Clinica, SC Anatomia Patologica	La SC di Anatomia Patologia e le altre strutture interne che usufruiscono dei servizi erogati, nonché i pazienti trattati dalla struttura	2024-2025	Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma.
Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie	Progetto automazione Farmacia e tracciabilità farmaci e	L'obiettivo generale consiste nella adozione di soluzioni per garantire la tracciabilità dei beni sanitari con conseguente ricaduta positiva nelle seguenti aree: Clinica; Organizzativa e logistica; Economica; Generale.	Sistemi Informativi, Farmacia, Provveditorato, Economico finanziario, Controllo di Gestione,	Tutte le strutture interne e per riflesso tutti gli utenti esterni che beneficiano	2025-2027	Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	dispositivi medici	<p>AREA CLINICA</p> <p>Riduzione del rischio clinico</p> <p>Intervento clinico del farmacista</p> <p>Gestione delle terapie personalizzate</p> <p>Ottimizzazione del tempo infermieristico</p> <p>AREA LOGISTICA</p> <p>Eliminazione delle urgenze</p> <p>Incremento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità.</p> <p>AREA ECONOMICA</p> <p>Governo della spesa</p> <p>Semplificazioni amministrative</p> <p>OBIETTIVI GENERALI</p> <p>Documentare l'utilizzo dei beni sanitari lungo l'intero percorso di cura in maniera sempre più accurata, deve essere garantito il pieno controllo del percorso di impiego dei beni.</p> <p>Monitorare tutti processi al fine di evidenziare le opportunità di miglioramento e conseguentemente poter ottimizzare le risorse a disposizione.</p> <p>Rispondere alle richieste normative vigenti e future che richiedono sempre più attenzione ai processi di erogazione dei servizi sanitari; in relazione a questo aspetto, i sistemi di tracciabilità permettono di certificare la qualità dei processi implementati e la rispondenza alle normative.</p>	DMP, DPS, Gestione Operativa, Qualità e Risk management, tutte le strutture sanitarie	dell'efficientamento dei processi di gestione e della tracciabilità di farmaci e dispositivi medici		e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma.

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ	FASI	RESPONSABILI DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITÀ	INDICAZIONI IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE INDIRIZZANO IL PROCESSO	INDICAZIONI SPECIFICHE/CRITICHE DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO COLLETTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	ATTUAZIONE MISURA
GESTIONE DELL'ACQUISIZIONE DI MATERIALI CONSUMABILI, ACCESSORI E PARTI DI RICAMBIO	Il processo descrive la fornitura di materiali (consumabili, accessori e parti di ricambio, alla D.O. che ne hanno richiesta, Siggle, alla SC Ingegneria Clinica, dalla richiesta da parte della Struttura che necessitano della sostituzione di parti di ricambio/Accessori/Consumabili, Qualifica prima di quanto richiesto e consegna alla Struttura richiedente a Regimione Varese	Richiesta di acquisizione di consumabili, accessori e parti di ricambio da parte della Struttura	1) Insegnere le necessità di acquisizione di accessori, parti di ricambio, materiali, consumabili	Responsabili del processo - ved. NCTA 2) Responsabili dell'attività - Direttore richiedente, SC Ingegneria Clinica	1) Fornitura tecnica ed amministrativa di SC Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione esterne materice. 2) Fornitura amministrativa di SC Gestione Acquisti (Procedimento Economico), Clinica (Fornitori).	1) Codice degli appalti - art. 101 D.L. 3 - Gestione dell'acquisto di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio	Potenziale rischio di quantitativi di materiali per forme benefico personale	1) Mancanza di misure di controllo in fase di oltre dei quantitativi richiesti 2) Errori responsabilità	Alto	Regolamentazione e tracciabilità dei rapporti tra la Struttura della Fondazione ed i fornitori	Assicurazione completa, partecipazione a corsi di formazione relativi al proprio funzionamento del codice degli appalti
		Validazione della richiesta da parte del personale tecnico della SC Ingegneria Clinica, ed del Servizio di Manutenzione Esterna (MSE)	1) Ricezione richiesta 2) Validazione di mercato allo scopo di individuare le ditte potenziali di quanto richiesto, 3) Selezione dei fornitori da parte della ditta. 4) Richiesta dell'offerta	Responsabili del processo - ved. NCTA 2) Responsabili dell'attività - SC Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione Esterna			Potenziale rischio di errori (esposti) tra Ditta/Fornitori ed i richiedenti	1) Assenza di validazione del controllo del processo 2) Indeguatezza dell'offerta cultura della legalità	Alto	Diffusione dell'offerta professionale e di una adeguata cultura legale	Assicurazione completa, partecipazione a corsi di formazione relativi al proprio funzionamento del codice degli appalti
		Elaborazione ordine di acquisto, ricezione materiale, consegna al reparto richiedente.	1) Professione dell'ordine di acquisto. 2) Effettuazione della procedura amministrativa di acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio da parte della SC Gestione Acquisti (Procedimento Economico). 3) Ricezione materiale. 4) Verifica di congruità della fornitura con quanto richiesto. 5) Consegna del materiale al reparto.	Responsabili del processo - ved. NCTA 2) Responsabili dell'attività - SC Ingegneria Clinica, SC Gestione Acquisti (Procedimento Economico), Clinica (Fornitori).			Rischi nella consegna del materiale richiesto rispetto ai tempi previsti	1) Omogeneità di validazione del controllo del processo.	Alto	Diffusione dell'offerta professionale e di una adeguata cultura legale, maggior applicazione di pareri e richiami conto	Assicurazione completa, partecipazione a corsi di formazione relativi al proprio funzionamento del codice degli appalti
		Adesione fatture	Adesione, da parte della S.C. Provveditorato Economico, delle procedure di liquidazione delle fatture	Responsabili del processo - ved. NCTA 2) Responsabili dell'attività - S.C. Provveditorato Economico			Rischi nel caricamento dei dati di coltuto	1) Indeguatezza del controllo dell'aggiornamento dei dati nei pareri	Alto	Controllo periodico dell'aggiornamento dei dati nei pareri	Assicurazione completa e controllo dell'aggiornamento dei dati nei pareri una periodicità effettuata dal personale.

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ	FASI	RESPONSABILI DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITÀ	INDICAZIONI IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE INDIRIZZANO IL PROCESSO	INDICAZIONI SPECIFICHE/CRITICHE DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO COLLETTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	ATTUAZIONE MISURA		
TINZA INVENTARIO PATRIMONIO IMMOBILIARE	Procedura per la gestione dei beni immobili: aggiornamento libri censiti	Inventarizzazione ed iscrizione a libri censiti	Trasferimento nel programma di contabilità del vecchio libro di fabbriche di nuove costruzioni e addebiementi del vecchio (in termini di interventi di ristrutturazione/manutenzione straordinaria su fabbricati esistenti)	Direttore SC Gestione Tecnica Patrimonio e Direttore SC Bilancio/Programmi Finanziaria e Contabilità, per quanto di rispettiva competenza	2	D.lgs. n. 158/2001 e s.m.	Ingegneria/consulenza gestione dei beni immobili per un progetto profilo e attività utile, maggiorazione personale per gestione e gestione attività utile.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto, ridotto numero di incarichi competenza addebita al processo	Alto	Misure misure per agevolare ed ottimizzare la gestione del tra le Strutture Interrogate	Adesione delle misure utile all'operatore e ottimizzare la gestione dei dati, tra le Strutture Competenze Interrogate		
		Validazione iniziale	Definizione ed inserimento, nel programma di contabilità, dei dati di natura economica patrimoniale ed amministrativa (spese e ricavi) e movimenti del capitale									Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"	
		Ammodernamento e ristrutturazione	Come da PAC (Procedura della Certificazione del Bilancio), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmi Finanziaria e Contabilità										
		Incarichi	Come da PAC (Procedura della Certificazione del Bilancio), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmi Finanziaria e Contabilità										
		Acquisti	Validazione ed autorizzazione all'acquisto (partita) (contabile - I) e acquisto/realizzazione (Deduzione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione)										1) Ingegneria/consulenza gestione dei beni immobili per un progetto profilo e attività utile, maggiorazione personale per gestione e gestione attività utile.
		Disposizioni	Validazione ed autorizzazione alla disposizione (partita) (contabile) (D) e acquisto/realizzazione (Deduzione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione)										
Richiesta, a Regione Lombardia, per rilascio autorizzazione preventiva al trasferimento a terzi di diritti reali su immobili costituenti patrimonio di programmi delle Fondazioni (RCS)	Regolamento n. 30/2011 - "Modello a colori per la formazione del bilancio contabile"												
Controlli periodici		A regime di appalto alla gestione di programmi, attuazione del controllo (aggiornamento) del libro censiti	Direttore SC Gestione Tecnica Patrimonio e Direttore SC Bilancio/Programmi Finanziaria e Contabilità, per quanto di rispettiva competenza	2	Art. 30, D.Lgs. n. 158/2001 e s.m. - art. 101 D.L. 3 - Gestione dell'acquisto di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio	Ingegneria/consulenza gestione dei beni immobili per un progetto profilo e attività utile, maggiorazione personale per gestione e gestione attività utile.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto, ridotto numero di incarichi competenza addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione e relazione personale	Le informazioni identificative degli immobili (beni/immobili) posseduti e detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'agende online "Amministrazione Trasparenza" sul sito web istituzionale, mediante accesso a Servizi Centrali (per verifica dei coltuti) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica dell'effettiva possesso/gestione) dell'Agente della Struttura			
Verifiche periodiche	Analisi contabili dei bilanci "Pacchi" (bilanci per la Fondazione) (Programmi Finanziaria e Contabilità) per la "Fondazione" e "della Fondazione", a ridotti allegati, con particolare riferimento alle informazioni e disposizioni ricorribili alla "Fondazione", parte "Amministrazione Trasparenza"	Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"											
Raccolta informazioni ed acquisizione degli immobili	Verifica normale e urgente, Diritto A.R.C. (Autorità Nazionale Anticorruzione) e relativi fatti materiali di irregolarità										Regolamento n. 30/2011 - "Modello a colori per la formazione del bilancio contabile"		
	Analisi eventuali avvertenze richieste dal Responsabile dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della Fondazione											Art. 30, D.Lgs. n. 158/2001 e s.m. - art. 101 D.L. 3 - Gestione dell'acquisto di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio	
	Analisi eventuali atti (partita, pareri, ecc.) riguardanti beni immobili acquistati dalla Fondazione												Ingegneria/consulenza gestione dei beni immobili per un progetto profilo e attività utile, maggiorazione personale per gestione e gestione attività utile.
	Analisi eventuali atti concernenti la detenzione, da parte della Fondazione, di beni immobili di programmi di terzi												
Verifica, su sito internet Agenzia delle Entrate, essere in corso interventi di variazioni catastali, con individuazione e comunicazione delle variazioni catastali, di programmi della Fondazione, successivamente inserimento delle variazioni catastali (aggiornamento del database)	Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"												
Acquisizione nuove costruzioni (partita) (contabile) (D) e acquisto/realizzazione (Deduzione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione)		Regolamento n. 30/2011 - "Modello a colori per la formazione del bilancio contabile"											
Stato di documentazione, in formato cartaceo/digitale, nuove informazioni identificative degli immobili (beni/immobili) posseduti e detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'agende online "Amministrazione Trasparenza" sul sito web istituzionale, mediante accesso a Servizi Centrali (per verifica dei coltuti) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica dell'effettiva possesso/gestione) dell'Agente della Struttura			Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"										
Stato di documentazione, in formato cartaceo/digitale, nuove informazioni identificative degli immobili (beni/immobili) posseduti e detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'agende online "Amministrazione Trasparenza" sul sito web istituzionale, mediante accesso a Servizi Centrali (per verifica dei coltuti) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica dell'effettiva possesso/gestione) dell'Agente della Struttura				Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"									
Stato di documentazione, in formato cartaceo/digitale, nuove informazioni identificative degli immobili (beni/immobili) posseduti e detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'agende online "Amministrazione Trasparenza" sul sito web istituzionale, mediante accesso a Servizi Centrali (per verifica dei coltuti) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica dell'effettiva possesso/gestione) dell'Agente della Struttura	Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"												
Stato di documentazione, in formato cartaceo/digitale, nuove informazioni identificative degli immobili (beni/immobili) posseduti e detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'agende online "Amministrazione Trasparenza" sul sito web istituzionale, mediante accesso a Servizi Centrali (per verifica dei coltuti) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica dell'effettiva possesso/gestione) dell'Agente della Struttura		Fornitura della Certificazione del Bilancio (PAC) 7/2012 - Procedura per la gestione dei beni immobili - "PAC 2012 - Procedura per la manutenzione libri censiti e contabilità generale"											

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ	FASI	RESPONSABILI DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITÀ	INDICAZIONI IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE INDIRIZZANO IL PROCESSO	INDICAZIONI SPECIFICHE/CRITICHE DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO COLLETTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	ATTUAZIONE MISURA							
MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	Manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici, impianti ed aree. Le opere vengono svolte a regola d'arte, secondo il programma degli interventi preventivi e straordinari, con l'obiettivo di mantenere l'efficienza ed l'abitabilità degli edifici	Programmazione	Definizione del livello di programmazione	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Previdenza di opere manutentive autorizzate a interventi di manutenzione per lavoro in corso in corso.	Assenza di misure di prevenzione	Alto	Verifica della programmazione a norme d'aggi	Affidamento a professionisti qualificati - Affidamento a Contratti ANA S.p.A. in conto della legge Regionale 10/2001 e s.m. D.L. n. 14/2012 del 28/02/2012, validazione del progetto a norme d'aggi.							
			Verifica e fine della validazione															
		Gestione del cantiere	Validazione del progetto	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria								10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Validazione normale sulla sicurezza del cantiere e sulla correttezza dei lavori edili. Comportamenti collettivi per lavoro determinati soggetti a danno di ANI. Validazione Confidex di sicurezza e comportamenti collettivi con la Impresa	Esecuzione del cantiere da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo
			Definizione del cantiere															
			Ordine di lavori alla ditta affidataria															
			Verifica dell'attività tecnica professionale della ditta esecutiva															
Certificazione dei lavori	Incarichi di cantiere	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo										
	Verifica delle misure																	
Cantieri	Identificazione dei prezzi da applicare alle lavorazioni affidate	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo										
	Introduzione nell'A.S. delle cartelle quantità singole																	
	Legittimazione delle lavorazioni singole																	
	Verifica della corrispondenza al progetto dei lavori singoli																	
Cantieri	Verifica delle misure realizzate e contabilizzate	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo										
	Verifica della conformità barometri all'appalto																	
Cantieri	Invenzione dell'incarico di cantiere	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo										
	Verifica della conformità barometri all'appalto																	
Cantieri	Invenzione dell'incarico di cantiere	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	10	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo										
	Verifica della conformità barometri all'appalto																	

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITÀ	FASI	RESPONSABILI DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITÀ	INDICAZIONI IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE INDIRIZZANO IL PROCESSO	INDICAZIONI SPECIFICHE/CRITICHE DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO COLLETTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	ATTUAZIONE MISURA
ACQUISTO LAVORI, SERVIZI E FORNITURE	Selezione del contratto in base alla tipologia di lavori/attività/attività necessarie e alla presenza di aggiornamenti/affidamento/trasmissione alle successive, agli eventi e agli organismi dei contratti di committenza.	Programmazione - programmazione	Salvo della procedura di acquisizione, con particolare attenzione al fronte alla procedura negoziata - affidamenti diretti in economia	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria	1	D.lgs. 158/2001 e s.m. D. Lgs. 10/2003, Linee guida ANAC D.M. 2/2012/2013 - D. Lgs. 10/2003 - Codice di comportamento degli amministratori pubblici (D.Lgs. 10/2003) - Codice etico comportamentale della Fondazione.	Esecuzione prolungata di un processo da parte di pochi, indagine sulla e norme competenza del personale addebita al processo	Alto	Misure misure di formazione per il personale addebita al processo	Attezioni di formazione per il personale addebita al processo	
			Procedura negoziata - affidamenti in economia								
			Individuazione della procedura per affidamenti lavori								
			Individuazione degli elementi essenziali del contratto								
			Determinazione dell'impatto economico (con specificazione anche dei costi diretti del sito di sito dell'appalto)								
			Salvo della procedura di acquisizione								
		Requisiti di qualificazione dell'affidatario									
		Requisiti di affidamento									
		Relazione del comitato tecnico									
		Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari									
		Revisione del contratto per la revisione delle offerte									
		Nome commissione valutativa									
Commissione valutativa del progetto tecnico - selezione procedura del bando. Nomine di commissione della Commissione valutativa - nomine della commissione valutativa. Modificazione da parte degli atti contrattuali											
Agibilità del progetto - fine della programmazione del progetto. Affidamento a Contratti ANA S.p.A. in conto della legge Regionale 10/2001 e s.m. D.L. n. 14/2012 del 28/02/2012, validazione del progetto a norme d'aggi.											
Verifica dei requisiti di partecipazione	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria										
Validazione della offerta	Direttore di struttura - Dirigente Ingegneria										
Verifica eventuale anomalia dell'offerta											
Riceva il contratto											
Verifica requisiti generali e speciali del fornitore											
Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i requisiti tecnici, economici e amministrativi. Formulazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto											
Tempo tempo di stipula contratto											
Individuazione di ditta incaricata servizio (DICI)											
Invenzione											

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

Incarichi di funzione - Area Sanitaria							
Num.	Descrizione	Range	Livello	Complessità	Indennità lorda da mappatura(€)	Tipologia incarichi	Area
1	Neonatologia (TIN-Patologia neonatale e Nido) degenza e ambulatoriale	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
2	Ginecologia degenza e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
3	Chirurgia Pediatrica degenza, prericovero e ambulatori, S.O.	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
4	Oncoematologia pediatrica, TMO, DH e ambulatori	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
5	Pediatria degenza, ambulatori, DH e MAC, PS pediatrico	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
6	Ostetricia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
7	Sala parto, PS ostetrico	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
8	Ostetricia e Ginecologia ambulatori, Progetto BRO, PMA area assistenziale	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MATERNO INFANTILE
9	Medicina Generale 1	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
10	Medicina Generale II	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

11	Percorso ambulatoriale area medica + MAC + Reumatologia Ambulatori., DH e Dermatologia Ambulatori, DH e DS	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
12	Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
13	Dialisi e Nefrologia Ambulatori, e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
14	Cardiologia degenza, ambulatori e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
15	UTIC e Emodinamica	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
16	MAR degenza con settore di Sub-intensiva	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
17	MAR Ambulatori, DH, Servizi, Centro Amiloidosi	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
18	Ematologia degenza, ambulatori, DH e TMO	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
19	Nefrologia e Reumatologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
20	Cure Palliative degenza, DH, MAC, ambulatori - Beigioioso	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
21	Malattie Infettive degenza, DH e ambulatori	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
22	Oncologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

23	Oncologia DH	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
24	Radioterapia, Medicina Nucleare	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
25	Week surgery degenza, S.O. WS, ambulatori WS e Ambulatori Libera professione	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
26	Otorinolaringoiatria degenza e ambulatori, Endoscopia ORL, Logopedia, Audiometria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
27	Chirurgia 1, Chirurgia Senologica degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
28	Chirurgia II degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
29	Chirurgia Vascolare degenza, ambulatori, DH, Vulnologia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
30	Neurochirurgia degenza e Servizio di TNFP	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
31	Urologia, degenza, ambulatori, DH e Stomatoterapia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
32	Piastra ambulatoriale (Prericovero, Poliambulatorio chirurgico DEA)	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
33	Oculistica degenza, ambulatori, DH, S.O., Banca Occhi	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
34	Servizio Trasporti Sanitari (STS) e Fattorinaggio	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

35	Piastra Radiologica Area Assistenziale (Infermieri e Operatori di supporto)	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
36	Piastra Radiologica Area Tecnico-Sanitaria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
37	Servizio Immunotrasfusionale, CLV, PMA (area tecnica), LRS Area Trapiantologica Laboratori	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
38	Senologia Chirurgica ambulatori, Senologia Diagnostica, Centro prelievi, TAO, LRS Area trapiantologica ambulatori, Emostasi, Odontoiatria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
39	Virologia e Microbiologia; Laboratorio Celi Factory	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
40	Analisi Chimico Cliniche, Ematologia Laboratorio	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
41	Medicina Riabilitativa	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
42	Anatomia patologica, Camera mortuaria	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
43	Gestione processi di qualità in ambito radiologico e Coordinatore Didattico CdL TSRM, radiologico	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
44	Rianimazione 1, Rianimazione Regione Lombardia degenza	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
45	Rianimazione II degenza	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

46	Ortopedia degenza e ambulatori	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
47	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
48	Cardiochirurgia degenza, ambulatori., DH e Sala BEM	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
49	Blocco Operatorio Cardiochirurgia area tecnica (TCP) e Coordinatore Didattico CdL Tecnici Cardioperfusionisti	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
50	Blocco Operatorio DEA, Recovery Room e Centrale di Sterilizzazione	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
51	Blocco Operatorio Ortopedia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
52	Blocco Operatorio Cardiochirurgia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
53	Farmacia, UMACA (Centrali Admixture Service)	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
54	Nutrizione Clinica	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
55	Medicin del Lavoro (Sorveglianza Sanitaria) Assistenti Sanitarie	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
56	Centrale Dimissioni Protette, Progetto DAMA	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
57	Coordinatore didattico CdL in Infermieristica	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

58	Coordinamento donazione e trapianti organi e tessuti	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
59	Responsabile Area Emergenza Urgenza	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
60	Responsabile Area Salute della Donna e del Bambino	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
61	Responsabile Area Cardio-toraco-vascolare e Area Chirurgica e Neuroscienze	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
62	Responsabile Area Oncologica ed Ematologica e Area Medica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
63	Responsabile Area Medicina Diagnostica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
64	Responsabile Programmazione e Gestione Risorse	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
65	Responsabile integrazione Formazione Clinica CdL Professioni Sanitarie, Programmazione Formazione Clinica Post Base, Tirocini tecnico-pratici OSS Laurea	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
66	Responsabile Processi assistenziali e definizione fabbisogno formativo e dei processi in ambito di sicurezza sul luogo di lavoro	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
67	Case manager Percorso Oncoematologico pediatrico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MATERNO INFANTILE
68	Case manager Percorso Reumatologico (Fragilità ossea)	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

69	Case manager Percorso Ematologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
70	Case manager Percorso Malattie infettive	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
71	Case manager Percorso Oncologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
72	Case manager Percorso Breast unit	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
73	Case manager Percorso Chirurgia Bariatrica	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
74	Specialista in Vulnologia	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
75	Gestione processi di sterilizzazione	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA INTENSIVA
76	Bed Management	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
77	Gestione e Promozione dei Processi della Formazione	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
78	Promotore dei Processi di Qualità e Risk Management	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
79	Gestione sorveglianza epidemiologica	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
80	AAT-SOREU PIANURA	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA

Allegato (4) Incarichi di Funzione Area Amministrativa Professionale e Tecnica

Incarichi di funzione - Area Amministrativa - Tecnica - Professionale							
Num.	Descrizione	Range	Livello	Complessità	Indennità lorda (€) da mappatura	Tipologia incarichi	Area
1	Responsabile attività contenzioso	26-50	2° livello	Media specializzazione	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Avvocatura
2	Responsabile liquidazione sinistri	26-50	2° livello	Media specializzazione	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Avvocatura
3	Responsabile Contabilità Analitica e Debito Informativo	26-50	2° livello	Media specializzazione	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Controllo Direzionale
4	Responsabile Internai Auditing	26-50	2° livello	Media specializzazione	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Controllo Direzionale
5	Responsabile Settore Trattamento Economico	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
6	Responsabile Gestione Presenze e Assenze	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
7	Responsabile Settore Giuridico	< 26	1° livello	Base	3.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
8	Responsabile Settore Reclutamento Risorse Umane	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
9	Responsabile Settore Sviluppo Competenze e Valutazione Performance	< 26	1° livello	Base	3.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
10	Responsabile bilancio, fiscale e programmazione economica	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Economico Finanziario

Allegato (4) Incarichi di Funzione Area Amministrativa Professionale e Tecnica

Incarichi di funzione - Area Amministrativa - Tecnica - Professionale							
Num.	Descrizione	Range	Livello	Complessità	Indennità lorda (€) da mappatura	Tipologia incarichi	Area
11	Responsabile del ciclo attivo e pianificazione finanziaria	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Economico Finanziario
12	Responsabile ciclo passivo e fornitori	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Economico Finanziario
13	Responsabile Gare e Contratti	51-75	3° livello	Alta Complessità	9.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
14	Responsabile Ordini e liquidazioni	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
15	Responsabile Servizi Generali e Economato	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
16	Responsabile servizi accoglienza istituzionali	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizi Accoglienza e Libera Professione
17	Responsabile servizi accoglienza libera professione e solvenza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizi Accoglienza e Libera Professione
18	Responsabile Organizzazione e integrazione della gestione della sicurezza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Prevenzione e Sicurezza
19	Responsabile progettazione, programmazione e sviluppo dei lavori	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizio Tecnico Patrimoniale
20	Responsabile amministrativo dell'area tecnica	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizio Tecnico Patrimoniale

Allegato (4) Incarichi di Funzione Area Amministrativa Professionale e Tecnica

Incarichi di funzione - Area Amministrativa - Tecnica - Professionale							
Num.	Descrizione	Range	Livello	Complessità	Indennità lorda (€) da mappatura	Tipologia incarichi	Area
21	Amministratore di sistema RIS-PACS	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sistemi Informativi
22	Funzioni di Segretario del Consiglio di Amministrazione	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Presidenza

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2024

Dip Dirigenza/Comparto	Desc. Ruolo	qualifica	Numero
Dirigenza	SANITARIO Dirigenza Medica	MEDICI-ANATOMIA PATOLOGICA	7
		MEDICI-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	121
		MEDICI-BIOCHIMICA CLINICA	4
		MEDICI-CARDIOCHIRURGIA	11
		MEDICI-CARDIOLOGIA	24
		MEDICI-CHIRURGIA GENERALE	24
		MEDICI-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2
		MEDICI-CHIRURGIA PEDIATRICA	8
		MEDICI-CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1
		MEDICI-CHIRURGIA TORACICA	5
		MEDICI-CHIRURGIA VASCOLARE	10
		MEDICI-DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	6
		MEDICI-DIREZ.MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	5
		MEDICI-EMATOLOGIA	15
		MEDICI-ENDOCRINOLOGIA	1
		MEDICI-GASTROENTEROLOGIA	8
		MEDICI-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	14
		MEDICI-IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBL.	7
		MEDICI-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	13
		MEDICI-MALATTIE INFETTIVE	14
		MEDICI-MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA	9
		MEDICI-MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E URGENZA	12
		MEDICI-MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6
		MEDICI-MEDICINA INTERNA	27
		MEDICI-MEDICINA LEGALE	3
		MEDICI-MEDICINA NUCLEARE	4
		MEDICI-MEDICINA TRASFUSIONALE	11
		MEDICI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	7
		MEDICI-NEFROLOGIA	11

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2024

Dip Dirigenza/Comparto	Desc. Ruolo	qualifica	Numero
		MEDICI-NEONATOLOGIA	18
		MEDICI-NEUROCHIRURGIA	10
		MEDICI-NEURORADIOLOGIA	9
		MEDICI-OFTALMOLOGIA	6
		MEDICI-ONCOLOGIA	11
		MEDICI-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13
		MEDICI-OTORINOLARINGOIATRIA	7
		MEDICI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	1
		MEDICI-PEDIATRIA	15
		MEDICI-RADIODIAGNOSTICA	38
		MEDICI-RADIOTERAPIA	4
		MEDICI-REUMATOLOGIA	4
		MEDICI-RICERCA DI BASE	6
		MEDICI-SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	4
		MEDICI-UROLOGIA	9
		ODONTOIATRA-ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1
	SANITARIO Dirigenza Medica Totale		546
	SANITARIO Dirigenza non Medica	BIOLOGI-BIOCHIMICA CLINICA	4
		BIOLOGI-LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	9
		BIOLOGI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	8
		BIOLOGI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	10
		BIOLOGI-RICERCA DI BASE	8
		DIRIGENTE AREA COMPARTO-	2
		FARMACISTI-FARMACIA OSPEDALIERA	16
		FISICI-Fisica Sanitaria	7
		PSICOLOGI-Psicoterapia	1
	SANITARIO Dirigenza non Medica Totale		65
	TECNICO Dirigenza	DIRIGENTE ANALISTA	1

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2024

Dip Dirigenza/Comparto	Desc. Ruolo	qualifica	Numero
	TECNICO Dirigenza Totale		1
	PROFESSIONALE Dirigenza	DIRIGENTE AVVOCATO	1
		DIRIGENTE INGEGNERE	5
	PROFESSIONALE Dirigenza Totale		6
	AMMINISTRATIVO Dirigenza	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	8
	AMMINISTRATIVO Dirigenza Totale		8
Dirigenza Totale			626
Comparto	SANITARIO Comparto	AREA DEGLI ASSISTENTI Oper Prof San(Es.)	6
		AREA PROF. SALUTE FUNZION. P.San.Riabili	28
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof. San.Ost.	65
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Infer	1242
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Prev.	4
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.tecn.san	245
	SANITARIO Comparto Totale		1590
	SOCIO SANITARIO Comparto	AREA DEGLI OPERATORI Op. Socio Sanitario	526
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist.Sociale	2
	SOCIO SANITARIO Comparto Totale		528
	TECNICO Comparto	AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Tecnico	18
		AREA DEGLI ASSISTENTI Assist.Informatico	8
		AREA DEGLI ASSISTENTI Pers. Tecnico(Es.)	28
		AREA DEGLI OPERATORI Op. Tecn. Special.	131
		AREA DEL PERS. SUPPORTO Aus. Spec. (Es.)	2
		AREA DEL PERS. SUPPORTO Oper. Tecn.	199
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Tecn.Prof	19
	TECNICO Comparto Totale		405
	PROFESSIONALE Comparto	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist. relig.	3
	PROFESSIONALE Comparto Totale		3
	AMMINISTRATIVO Comparto	AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Amm.vo	115
		AREA DEGLI OPERATORI Coad.Amm.vo Senior	105

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2024

Dip Dirigenza/Comparto	Desc. Ruolo	qualifica	Numero
		AREA DEL PERS. SUPPORTO Coad. Amm.vo	54
		AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Amm.Prof.	83
	AMMINISTRATIVO Comparto Totale		357
	PERSONALE DELLA RICERCA	Ricercatore sanitario	55
		Collaboratore profess.di ricerca sanit.	50
	PERSONALE DELLA RICERCA Totale		105
Comparto Totale			2988
Totale complessivo			3614