

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2026 - 2028

1

SOMMARIO

Premessa.....	3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	4
2.1 VALORE PUBBLICO.....	4
2.2 PERFORMANCE.....	5
2.2.1 Contesto di riferimento: le fasi e i soggetti coinvolti nel piano della performance	6
2.2.2 Piano della Performance.....	7
2.2.3. Gli obiettivi aziendali	17
2.2.4 Il coordinamento degli obiettivi specifici con il Piano per la Prevenzione della Corruzione e il Piano delle Azioni Positive	22
2.2.5 Il ruolo del piano delle azioni positive per lo sviluppo delle pari opportunità sul luogo di lavoro	22
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (contiene il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – PTPCT)	27
2.3.1. Il contesto di riferimento – contesto esterno.....	28
2.3.2. La struttura dell'ASP IMMeS e PAT – contesto interno	28
2.3.3. Il ruolo del RPCT	29
2.3.4. Analisi del contesto interno: la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruttivo	30
2.3.5. Cronoprogramma delle competenze/adempimenti	32
2.3.6. Le misure di prevenzione del rischio.....	33
2.3.7. Relazione del RPCT sull'attività svolta e relativo monitoraggio	42
2.3.8. La trasparenza amministrativa.....	43
2.3.9. Adeguamenti del PIAO e allegati	48
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	49
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	49
3.1.1. Livelli di responsabilità organizzativa.....	51
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	53
3.2.1. Piano organizzativo lavoro agile	53
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	54
3.3.1 Consistenza del personale al 31/12/2025.....	54
3.3.2 Il fabbisogno triennale del personale 2026/2028	54
3.3.3. Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse.....	56
3.3.4. Strategia di copertura del fabbisogno	56
3.3.5 Politiche formazione dell'ASP IMMeS e PAT.....	57
4. MONITORAGGIO DEL PIAO 2026-2028.....	58

PREMESSA

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021 n. 113) ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino - entro il 31 gennaio di ogni anno - il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (il "PIAO").

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

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO assorbe - razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione - alcuni strumenti di programmazione/pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed, in particolare:

- il Piano della Performance con il quale si definiscono gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche "PTPCT");
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile che detta la definizione delle linee della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo (di seguito anche "POLA");
- il Piano delle Azioni Positive (anche solo "PAP") volto ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro per riequilibrare le situazioni di disparità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all'interno dell'Ente;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale che definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne.

Nell'ottica di un piano unico di *governance*, il presente PIAO rappresenta un "testo unico" della programmazione la cui redazione è il frutto di un lavoro che tra origine dall'applicazione della normativa vigente (nonché dalle disposizioni precedenti e non ancora abrogate riguardante la programmazione degli Enti Pubblici) e si basa sull'analisi dell'Ente nel suo complesso in una fase di cambiamento, in regime di commissariamento, e di aggiornamenti di tipo organizzativo in corso e non ancora definiti.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Amministrazione pubblica	ASP IMMeS e PAT
Indirizzo	Via Trivulzio, 15
PEC	ufficio.protocollo@pioalbergotrivulzio.legalmail.it
P.IVA	04137830966
Sito Web	www.iltrivulzio.it

Il Trivulzio è un'istituzione storica che esiste da secoli e rappresenta una parte importante dell'identità di Milano, essendo stata per lungo tempo, la casa di riposo per gli anziani meno abbienti di Milano.

Oggi questa missione si avvale delle più moderne strutture, tecnologie e conoscenze applicate alla cura e alla assistenza sociosanitaria, per la tutela della persona.

L'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio (di seguito anche solo "ASP IMMeS e PAT", "Ente", "Azienda") ha sviluppato un'ampia gamma di servizi che comprende attualmente: Cure Intermedie, RSA (luoghi di cura e assistenza ma anche luoghi di vita e di socializzazione), Hospice, Day Hospital riabilitativo, Poliambulatorio, proposte educative volte all'accoglienza, alla protezione, al mantenimento, all'istruzione, allo sviluppo psicofisico e alla formazione professionale dei minori in difficoltà, attività culturali e didattiche.

Dopo la fusione del 2003 con due altri enti storici della solidarietà milanese, l'Istituto Martinitt e Stelline, il Trivulzio è diventato una grande Azienda di Servizi per la Persona ("ASP"), specializzata nella cura degli anziani e nella tutela dei giovani con difficoltà sociali. Con i suoi servizi, multidisciplinari e all'avanguardia, per le persone anziane non autosufficienti, il Trivulzio rappresenta il più importante polo geriatrico in Italia e uno dei più grandi in Europa. Le comunità alloggio per i minori sono un punto di riferimento fondamentale sul territorio di Milano, un luogo sicuro per l'accoglienza e la crescita dei bambini rimasti senza la protezione dei genitori. Ai servizi per l'infanzia e per gli anziani il Trivulzio affianca l'attività di gestione di un importante patrimonio immobiliare: le case donate al Trivulzio nel corso dei secoli hanno costituito un importante elemento di sostegno alla gestione dell'Ente.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda, nonché le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

4

2.1 VALORE PUBBLICO

L'ASP IMMeS e PAT si propone il perseguimento di finalità nei settori dell'assistenza sociale, dell'assistenza socio-sanitaria e dell'educazione:

1. gestisce le risorse adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
2. persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sociali e sociosanitari;
3. cura la promozione culturale, l'addestramento, la formazione e l'aggiornamento dei soggetti che, a titolo professionale o volontario, operano nelle materie di cui si esplica l'attività dell'Ente;
4. promuove e partecipa ad iniziative di ricerca su temi di interesse dell'Azienda, anche attraverso l'attuazione di iniziative di carattere sperimentale ed innovativo;
5. realizza distinti presidi e servizi rispettivamente per il settore dell'assistenza sociale e socio-sanitaria degli anziani e dell'educazione ed assistenza dei minori;
6. garantisce il trattamento degli ospiti, secondo principi improntati alla parità di condizione, al rispetto della libertà o della dignità della persona ed all'adeguatezza delle prestazioni e dei servizi.

L'ASP IMMeS e PAT provvede all'assistenza, cura e recupero di persone anziane, in particolare non autosufficienti, di qualunque condizione e sesso e qualunque sia la causa della non autosufficienza (fisica, psichica e sensoriale) con esclusione delle patologie contagiose.

Possono fruire dei servizi dell'ASP IMMeS e PAT anche persone non anziane, ma in condizioni di non autosufficienza totale, previa autorizzazione delle istituzioni preposte.

Sono compresi negli scopi della Azienda:

- l'allestimento di presidi di carattere riabilitativo, di residenze sanitarie assistenziali, strutture protette e case di riposo e, in genere, di ogni altra struttura o servizio utile per rispondere ai bisogni delle persone anziane autosufficienti, parzialmente o totalmente non autosufficienti;
- l'organizzazione e l'erogazione di servizi e prestazioni socio assistenziali e socio-sanitarie di ricovero pieno, di ospitalità diurna, di carattere ambulatoriale e domiciliare.

L'ASP IMMeS e PAT provvede, inoltre, all'accoglimento, al mantenimento, all'educazione morale e fisica, all'istruzione, alla formazione professionale, alla protezione, allo sviluppo psicofisico ed all'avviamento al lavoro di minori bisognosi in genere, italiani o stranieri, che di norma siano residenti o domiciliati in Lombardia, che siano orfani e/o in difficili condizioni familiari ed economiche o, comunque, in stato di abbandono o di grave necessità della famiglia d'origine.

Il programma educativo e sociale dell'Ente si propone di conseguire la condizione adatta per favorire l'inserimento del minore nella famiglia e nella società, di norma in collaborazione con la rete territoriale dei servizi, secondo gli indirizzi delle Autorità amministrative e giudiziarie competenti e degli Enti affidanti.

Pertanto, l'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo strategico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale. La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali.

Ferma la sussistenza di variabili indipendenti atte a condizionare in modo significativo gli indirizzi in corso d'opera, rimane centrale il percorso riformatore di ampio respiro tracciato nella precedente matrice economico-finanziaria, laddove lo sviluppo dei processi gestionali ed organizzativi fondava la necessità di coniugare nuovi strumenti di pianificazione operativa con l'obiettivo di ottimizzazione delle performance economiche.

5

Tale approccio non può prescindere dall'adottare matrici prospettiche che muovano nella direzione di prevedere un orizzonte di normalizzazione del contesto socio-economico che consenta la riattivazione dei parametri produttivi di settore.

La visione d'insieme degli obiettivi declinati dall'ASP IMMeS e PAT rimane collocata, pertanto, anche in uno scenario di riforma sistemica e di eccezionalità congiunturale, in cui il settore sanitario è strategicamente individuato tra i pilastri della ripresa nazionale. Le linee programmatiche d'intervento sulla gestione caratteristica e sul profilo di ASP declinano coerentemente l'obiettivo nazionale di allineare i servizi ai bisogni delle comunità attraverso lo sviluppo della rete territoriale d'assistenza sanitaria e l'individuazione di presidi intermedi extra-ospedalieri, favorendo la pertinente allocazione delle risorse progettuali ed il raggiungimento dei target del Piano.

Occorre inoltre tener conto che con la Deliberazione della Giunta Regionale di Regione Lombardia n° XII / 884 del 08/08/2023 si è proceduto allo scioglimento del Consiglio di Indirizzo ai sensi dell'art. 15 comma 5 della LR 1/2003 e alla contestuale nomina di un Commissario Straordinario al fine di consentire la continuità amministrativa dell'Azienda Di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelling e Pio Albergo Trivulzio.

Il commissariamento dell'ASP IMMeS e PAT è stato in seguito rinnovato con Deliberazione della Giunta Regionale di Regione Lombardia n° XII / 1829 del 05/02/2024. Successivamente, in virtù della Legge Regionale n. 11 del 23 luglio 2024, che all'art. 18 incrementa la durata massima di commissariamento delle ASP da 1 a 3 anni, il commissariamento è stato ulteriormente prorogato con Deliberazione della Giunta Regionale di Regione Lombardia n° XII / 2894 del 05/08/2024. Infine, con Deliberazione della Giunta Regionale di Regione Lombardia n° XII / 4778 del 28/07/2025, è stata deliberata la prosecuzione del commissariamento sino al 3 agosto 2026.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Contesto di riferimento: le fasi e i soggetti coinvolti nel piano della performance

L'attuale ciclo della Performance dell'ASP IMMeS e PAT è un sistema integrato che permette di valutare le singole strutture organizzative e il personale di riferimento e le relative prestazioni. Ai fini della coerenza dell'intero sistema, il Piano della Performance, composto dai documenti di pianificazione strategica e gestionale, garantisce l'individuazione degli obiettivi strategici dell'Ente e degli obiettivi gestionali assegnati al personale dirigenziale, ed i relativi indicatori con la definizione delle risorse per la misurazione e la valutazione della performance dell'Ente stesso.

Il documento di riferimento che illustra la metodologia adottata per misurare e valutare la performance sia organizzativa che individuale è il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (da ora in poi "SMVP") che verrà dall'Ente aggiornato.

Il sistema di misurazione della performance organizzativa e della performance individuale del dipendente pubblico, introdotte con il D.Lgs. n. 150/2009, è strettamente collegato alla necessità di creare valore pubblico. È importante, infatti, che l'attribuzione degli obiettivi e la valutazione delle performance dell'ASP IMMeS e PAT siano condotte nell'ottica di miglioramento dei servizi offerti e avendo cura di tutti gli elementi di cui si compone il valore pubblico, tra cui l'*accountability*, la buona organizzazione, il rispetto della legalità, l'efficienza, l'economicità, la visione del futuro, la programmazione, il controllo, il coinvolgimento degli utenti, la trasparenza dell'azione amministrativa e la prevenzione della corruzione.

Il SMVP si fonda sui seguenti principi base:

1. connessione diretta con la mission e la strategia dell' ASP IMMeS e PAT in una logica di circolarità del processo di pianificazione e controllo;
2. la definizione degli obiettivi (che discende dalla pianificazione strategica e ne rappresenta la declinazione operativa, garantendone la coerenza nella gestione) e la valutazione della performance, dove la performance istituzionale rappresenta il collegamento con la performance di tutte le strutture organizzative e si ripercuote su tutte le posizioni organizzative e il personale valutati;
3. collegamento tra i sistemi di valutazione, organizzativi e individuali, al fine di sfruttare le sinergie esistenti tra gli stessi e garantire una valutazione su più livelli, ma al tempo stesso unitaria e coordinata;
4. centralità del giudizio dell'utente nella valutazione dell'organizzazione;
5. raccordo con la programmazione economico-finanziaria.

Il SMVP individua tre aree di misurazione e valutazione:

- 1) una relativa alla definizione della performance istituzionale, in termini di indicatori di monitoraggio, fasi, soggetti responsabili e tempi di attuazione;
- 2) una relativa alla definizione della performance organizzativa delle Aree/Servizi/Uoc/Uos, con l'indicazione degli ambiti di valutazione e dei relativi indicatori di monitoraggio, fasi, soggetti responsabili e tempi di attuazione;
- 3) una relativa alla performance individuale del personale.

In sintesi, le strutture organizzative vengono valutate in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, tenendo conto delle risorse disponibili e delle eventuali contingenze manifestatesi durante l'anno.

Il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti consentono di apprezzare la prestazione svolta dalla struttura e il grado di miglioramento del processo, in termini di efficienza ed efficacia.

Anche gli obiettivi individuali sono strettamente connessi con gli obiettivi strategici dell'ASP IMMeS e PAT e con gli obiettivi organizzativi delle strutture. Esiste, infatti, una stretta integrazione tra programmazione strategica e operativa e performance individuale: nella valutazione della performance individuale di tutto il personale dell'Ente è considerato anche il raggiungimento degli obiettivi dell'ASP IMMeS e PAT e di quelli più specifici della struttura di cui ciascun dipendente fa parte, come meglio descritto nel SMVP.

Maggiori informazioni riguardo al predetto Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance possono essere ricavate dalla lettura del documento pubblicato sul sito istituzionale che sarà oggetto di revisioni.

2.2.2 Piano della Performance

Il PIAO, coerentemente con il D.Lgs. n. 150/2009, precisa gli obiettivi, gli indicatori e i target su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance illustrata nella Relazione sulla Performance: il Piano è redatto con l'obiettivo di assicurare *“la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”* (art. 10, comma uno, D.Lgs. n. 150/2009).

La definizione degli obiettivi è effettuata tenendo conto dei requisiti previsti dalla legge e, pertanto, sono:

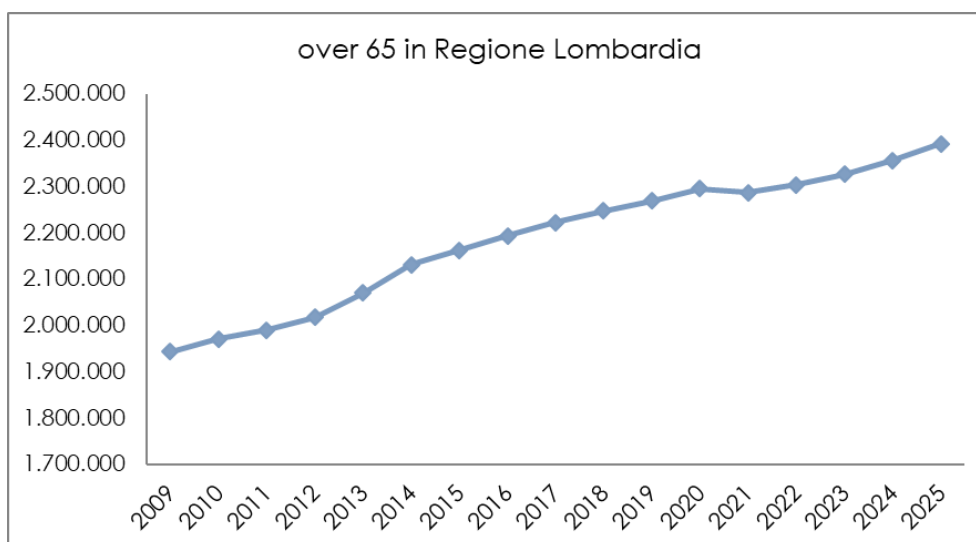
- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili;
- volti ad significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- temporalmente determinati;
- commisurati a valori di riferimento;
- confrontabili ai livelli di tendenza della PA almeno per il triennio precedente;
- correlati alle risorse disponibili.

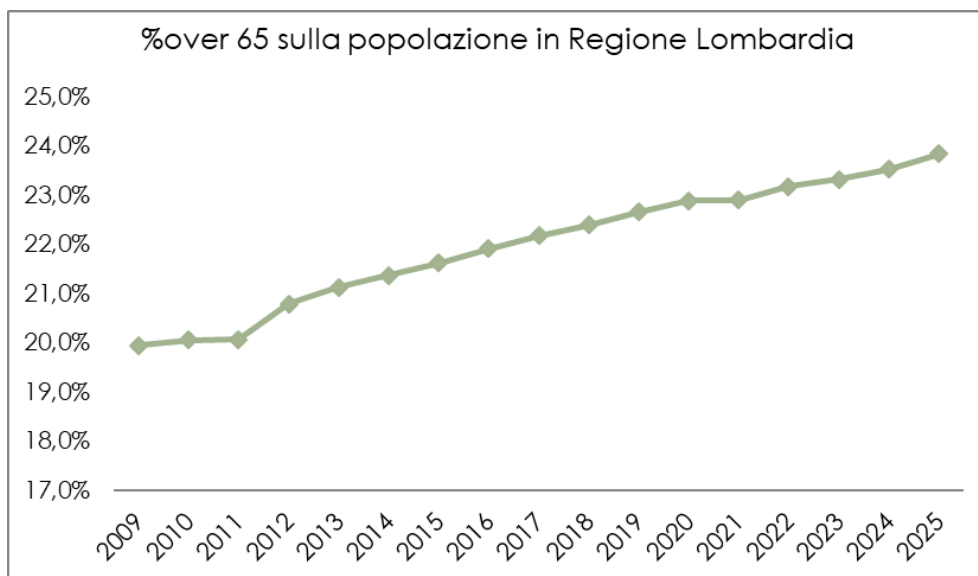
Il PIAO, che si pone quale strumento operativo per la gestione del ciclo della performance, sviluppa in chiave sistemica la pianificazione delle attività amministrative in ordine alla performance (dimensione operativa), alla trasparenza (accesso e utilizzabilità delle informazioni) e alla prevenzione della corruzione, tenendo conto della strategia relativa alle attività istituzionali e della programmazione economico finanziaria.

Elemento qualificante del ciclo di pianificazione e controllo adottato dall'ASP IMMeS e PAT è la stretta interrelazione tra pianificazione degli obiettivi e programmazione delle risorse. La pianificazione non riguarda, infatti, la semplice definizione di obiettivi da assegnare alle strutture e ai dipendenti, ma anche l'individuazione delle risorse finanziarie necessarie per la realizzazione degli obiettivi stessi.

In considerazione del contesto in cui si inserisce l'attività aziendale, sia in termini di popolazione aziendale sia in ragione della necessità del rilancio dell'azienda, il piano delle performance per gli anni 2026-2028 si declina come segue.

Al primo gennaio 2025 la popolazione residente in Italia era pari a 58 milioni e 943 mila unità, in calo di circa 28 mila unità rispetto al precedente Censimento. Prosegue la dinamica di invecchiamento della popolazione che caratterizza il nostro Paese: l'età media al primo gennaio 2025 era di 46,8 anni, mentre al primo gennaio 2024 di 46,6 anni.





Tale assetto demografico comporta un aumento di soggetti affetti da malattie croniche, legate all'età, tra cui le demenze e una conseguente crescita dei bisogni assistenziali sia per aspetti clinici che sociali. Inoltre, l'incremento del numero di anziani porta ad un aumento dell'età media negli ospedali e nelle strutture riabilitative e ad una crescita delle patologie croniche che risultano in aumento visto l'innalzamento dell'età media. Le malattie croniche più diffuse in Lombardia sono: l'ipertensione (17,9 %), l'artrosi/artrite (13,4 %), le malattie allergiche (11,8 %), l'osteoporosi (7,9 %), la bronchite cronica (6,0 %) e il diabete (5,0 %).

Con riferimento alla demenza e alzheimer è noto che nel mondo oltre 55 milioni di persone convivono con la demenza, che rappresenta una delle principali cause di disabilità e non autosufficienza tra le persone anziane. In Italia, secondo stime dell'Osservatorio demenze, circa 1.200.000 persone soffrono di demenza (di cui il 50-60% sono malati di alzheimer). Inoltre in Italia le persone coinvolte, direttamente o indirettamente, nell'assistenza dei pazienti affetti da queste patologie sono circa 4 milioni. L'OMS ha adottato il Piano Globale sulla Demenza che ribadisce che la demenza non è l'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento e chi ne è colpito deve esser aiutato a vivere nel modo migliore possibile.

8

La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta e, di conseguenza, è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione.

Il Pio Albergo Trivulzio è da sempre impegnato a rispondere ai fabbisogni della filiera socio-sanitaria regionale con un'offerta ampia non solo per quanto riguarda la tipologia di servizio, ma anche i differenti livelli di intensità di cura e la qualità garantita delle prestazioni offerte, al fine di evolversi, specializzarsi e adottare modelli di assistenza sempre più avanzati.

1. CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

L'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stellite e Pio Albergo Trivulzio ha sviluppato un'ampia gamma di servizi che comprende:

- Cure Intermedie, cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e il territorio. Si tratta di unità di degenza a prevalenza sanitaria, in grado di supportare la fase di deospedalizzazione, mirando al recupero funzionale delle persone, in particolare anziane, a seguito di esiti invalidanti di varie patologie neuromotorie, respiratorie, cardiologiche, oncologiche e demenze;

- RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), luoghi di cura e assistenza ma anche luoghi di vita e di socializzazione, accolgono anziani ultra sessantacinquenni, residenti in Lombardia, non autosufficienti e non curabili a domicilio e garantiscono prestazioni sanitarie e socioassistenziali attraverso una serie di interventi integrati finalizzati al recupero delle abilità ancora esistenti e/o al mantenimento della condizione acquisita. All'interno delle strutture sono presenti nuclei specifici e distinti in grado di ricevere casi complessi relativi a pazienti affetti da Alzheimer e pazienti in stato vegetativo;
- Hospice, assistenza complementare ai malati terminali assistiti dalle unità di cure palliative milanesi, qualora la gestione a domicilio fosse non più proseguibile, per motivi clinici o psico-sociali;
- Day Hospital riabilitativo;
- Poliambulatorio, una moderna struttura in grado di offrire a tutti visite in diverse specialità cliniche, esami diagnostici e analisi di laboratorio. L'attività è rivolta, oltre che agli utenti esterni, anche ai pazienti ricoverati nei reparti delle Cure Intermedie e in RSA;
- proposte educative volte all'accoglienza, alla protezione, al mantenimento, all'istruzione, allo sviluppo psicofisico e alla formazione professionale dei minori in difficoltà;
- attività culturali e didattiche.

La gamma dei servizi offerti



9

Il processo di riapertura di reparti e di servizi offerti attivato con un confronto permanente con la Regione Lombardia, continuerà nel corso dell'anno 2026 con la riapertura dei reparti di RSA Ordinaria di PIO XI presso il Pio Albergo Trivulzio di Milano.

2. MISSION

La Mission dell'azienda è prendersi cura della persona, garantendone la dignità, attraverso la riabilitazione funzionale e il recupero della sua autonomia sociale e della sua capacità di relazionarsi con l'ambiente in cui vive, accompagnandola in un momento della sua vita, tra la sua casa, l'ospedale e i nostri servizi, per rispondere in modo integrato ai suoi bisogni.



3. ATTIVITA'

L'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio dispone di 1.230 posti letto accreditati (escluso il DH) così suddivisi:

- Cure Intermedie 558 posti letto: 518 afferiscono alla sede di Milano (185 di specialistica, 333 di generale geriatria), 40 all'Istituto Frisia di Merate (10 di specialistica, 24 di generale geriatria e 6 di mantenimento);
- RSA 622 posti: 415 a Milano (270 di RSA ordinaria, 125 di RSA alzheimer e 20 di Stati Vegetativi), 207 a Merate (167 di RSA ordinaria, 40 di RSA alzheimer);
- Hospice 13 posti letto a Milano;
- Post Acuta 20 posti letto: 10 a Milano e 10 a Merate;
- Residenza di Transizione 17 posti letto a Merate (a fine ottobre 2025 è stato avviato, con ATS Brianza, il Progetto Residenza di Transizione dedicato a pazienti con bisogni clinici senza indicazione di ricovero presso unità d'offerta esistenti (quali RSA, Ospedali di Comunità, Residenze Assistite). L'Unità d'Offerta oggetto della sperimentazione consente la ricostituzione delle condizioni per il prosieguo dell'eventuale attività di cura presso il domicilio dell'ospite.

10

Sono inoltre accreditati 26 posti letto "tecnici" di Day Hospital: con Decreto di Regione Lombardia n. 11337 del 07/08/2025 è stata approvata la conversione di tutti i posti letto in specialistica; l'assetto accreditato precedente era di 23 posti di generale geriatria e 3 di specialistica.

Va precisato tuttavia che attualmente il numero di posti letto RSA accreditati non corrisponde a quelli realmente occupabili, devono infatti ancora essere riaperti, come anticipato precedentemente nel documento, i reparti Pio XI a Milano (82 posti letto; prevista riapertura nel 2026).

3.1. AREA RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

I ricavi sono in incremento di circa 3 milioni di euro. Il che, considerando anche il totale dei costi, in calo del 1,2% rispetto al 2023, ha portato l'unità d'offerta ad un primo margine di contribuzione di +3,273 milioni di euro rispetto al 2023, con

un incremento del 78,9%, e ad un secondo margine di contribuzione di +3,692 milioni, registrando un incremento del 79,3%.

RSA	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	20.368	23.352	2.984	14,6%
Totale Costi	-24.515	-24.225	290	-1,2%
1° Margine di Contribuzione	-4.147	-874	3.273	-78,9%
2° Margine di Contribuzione	-4.657	-965	3.692	-79,3%

Confronto dei risultati economici 2023/2024 dell'area RSA espressi in migliaia di euro.

I tassi di occupazione sono stati calcolati relativamente all'assetto accreditato, che per il PAT di Milano è passato attraverso una modifica nel corso dell'esercizio (Deliberazione di Regione Lombardia n° XII/2447 del 03/06/2024). Relativamente a tali tassi di occupazione, in incremento sia al PAT di Milano che al Frisia di Merate, occorre tenere presente che al PAT per tutto il 2024 sono rimasti chiusi, i reparti PIO XI (reparti complessivamente da 82 posti letto chiusi durante l'emergenza Covid) e che al Frisia di Merate per tutto il 2024 è rimasto chiuso il reparto 4° piano casa 3 (reparto da 32 posti letto di RSA ordinaria chiuso durante l'emergenza Covid e riaperto nel mese di settembre 2025).

11

	T.O. 2023	T.O. 2024	Produzione 2023	Produzione 2024
PAT (esclusi SV)	53,68%	67,84%	12.352	14.773
Frisia	78,30%	83,30%	6.909	7.664
Totale RSA	60,71%	72,87%	19.261	22.438

Confronto dei TO e del fatturato 2023/2024 dell'area RSA suddiviso per istituto espresso in migliaia di euro.

NUCLEO STATI VEGETATIVI

Nella palazzina di Viale Bezzi, sono disponibili 20 Posti Letto per stati vegetativi (SV). La remunerazione per giornata di degenza dei pazienti in stato vegetativo è, a differenza dei posti letto in RSA, a totale carico dell'ATS. Dal 1/1/2013 ai sensi della DGR 28/12/2012 n. IX/4598 questa struttura è stata riconosciuta "Nucleo" dedicato agli stati vegetativi, con il conseguente riconoscimento della remunerazione per giornata di degenza pari a 183,20 Euro/die, esclusi i costi per gli accertamenti specialistici e diagnostici eventualmente richiesti dal medico della RSA mediante ricettario regionale, e dello standard assistenziale a 2.000 min/sett/utente a partire da febbraio 2013.

Da ottobre 2012, alla richiesta di ricovero segue l'autorizzazione diretta dell'ATS e questo impedisce al Nucleo del PAT di gestire in autonomia i ricoveri dei pazienti rendendo quindi difficile la saturazione dei posti letto.

Nel 2024 il tasso di occupazione del Nucleo SV è sceso al 68,13%.

La produzione si attesta per l'anno 2024 a circa 914 mila euro.

Stati Vegetativi	T.O. 2023	T.O. 2024	Produzione 2023	Produzione 2024
Bezzi 1 SV	82,74%	68,13%	1.107	914

Confronto dei tassi di occupazione e dei Ricavi per rette 2023/2024 degli SV espressi in migliaia di euro.

NUCLEI PROGETTI SPERIMENTALI DI POST ACUTA

L'assetto 2024 dei nuclei sperimentali di assistenza Post Acuta è rimasto invariato rispetto al 2023: 10 posti letto a Milano e 10 posti letto a Merate. Questi, remunerati con una quota giornaliera pari a 123,00 euro dalle ATS, consentono il ricovero temporaneo (60-90 giorni) di pazienti con patologie che prevedono una riabilitazione sociale e sanitaria in dimissione dagli ospedali per acuti.

Il tasso di occupazione dei posti letto è sostanzialmente in linea a quello registrato per l'esercizio 2023.

PROGETTI SPERIMENTALI	T.O. 2023	T.O. 2024	Produzione 2023	Produzione 2024
Post acuta Milano	64,88%	67,38%	291	303
Post acuta Frisia	5,29%	2,32%	28	10
Totale Progetti sperimentali	35,08%	34,85%	319	314

Confronto dei tassi di occupazione e ricavi per rette 2023/2024 dei Progetti Sperimentali espressi in migliaia di euro.

Con riferimento alla performance della Post Acuta Frisia occorre evidenziare che la specificità dei requisiti clinici per i pazienti in questo setting (decadimento cognitivo e senza necessità di riabilitazione attiva) rende difficoltosa l'individuazione e l'accettazione di pazienti sul territorio dell'ATS Brianza, cui fa riferimento l'Istituto Frisia.

3.2. CURE DOMICILIARI (CDOM) / ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Relativamente all'Unità di Offerta delle Cure Domiciliari (CDOM, ex Assistenza Domiciliare Integrata – ADI) di seguito si riportano gli importi delle prestazioni fatturate negli ultimi due anni.

Cure Domiciliari	Fatturato 2023	Fatturato 2024	Delta	Delta %
------------------	-------------------	-------------------	-------	---------

I trimestre	120.297	142.071	21.774	18%
II trimestre	120.297	142.071	21.774	18%
III trimestre	134.813	143.045	8.232	6%
IV trimestre	142.071	142.071	0	0%
Nota Credito da emettere	-21.515	-79.953	-58.438	272%
Totale	495.963	489.306	-6.657	-1%

Confronto dei ricavi 2023/ 2024 CDOM

3.3. HOSPICE

I Ricavi dell'Hospice (Cure Palliative) si basano sul fatturato del relativo budget ATS. Il tasso di occupazione dei 13 posti letto disponibili per questa Unità di offerta nel 2024 ha registrato un incremento, rispetto all'anno precedente, attestandosi a circa l'91%.

Si è avuto un miglioramento di entrambi i margini di contribuzione per l'unità di offerta del 34%, come conseguenza congiunta di un incremento dei ricavi e di un più lieve incremento dei costi.

HOSPICE	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	954	1.217	263	28%
Totale Costi	-1.511	-1.583	-72	5%
1° Margine di Contribuzione	-557	-366	191	-34%
2° Margine di Contribuzione	-562	-373	188	-34%

13

Confronto dei risultati economici 2023/2024 dell'Hospice espressi in migliaia di euro.

Hospice	T.O. 2023	T.O. 2024	Produzione 2023	Produzione 2024
Hospice	80,36%	90,71%	954	1.217

Confronto dei tassi di occupazione e dei ricavi per rette 2023/2024 dell'Hospice espressi in migliaia di euro.

3.4. AREA RIABILITAZIONE (CURE INTERMEDIE E DAY HOSPITAL)

I Ricavi si basano sul fatturato del budget ATS. Gli stessi, in incremento del 22,7%, beneficiano delle riaperture dei reparti parallelamente all'incremento, per step, dell'assetto accreditato. I tassi di occupazione sono stati calcolati relativamente all'assetto accreditato, che per il PAT di Milano è passato attraverso due modifiche nel corso dell'esercizio (Deliberazioni di Regione Lombardia n° XII/2448 del 03/06/2024 e n° XII/3357 del 11/11/2024).

L'incremento dei costi è imputabile all'incremento del personale necessario per la riapertura di reparti ed al conseguente incremento dei costi di mantenimento ospiti e di assistenza sanitaria. L'incremento dei ricavi, più marcato rispetto a quello dei costi, consente di migliorare il primo margine di contribuzione rispetto l'esercizio 2023 e, in termini assoluti, di avere un primo margine positivo.

CURE INTERMEDIE	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	28.191	34.598	6.407	22,7%
Totale Costi	-29.944	-34.434	-4.491	15,0%
1° Margine di Contribuzione	-1.752	164	1.916	-109,4%
2° Margine di Contribuzione	-1.833	-21	1.813	-98,9%

Confronto dei risultati economici 2023/2024 delle Cure Intermedie comprensive di DH espressi in migliaia di euro.

14

CURE INTERMEDIE	T.O. 2023	T.O. 2024	Produzione 2023	Produzione 2024
PAT	93,58%	95,56%	26.158	32.278
Frisia	70,86%	82,07%	2.034	2.320
Totale CURE INTERMEDIE	91,58%	94,50%	28.191	34.598

Confronto TO e ricavi per rette 2023/2024 delle CI comprensive di DH suddivisi per istituto espressi in migliaia di euro.

3.5. AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nella Specialistica Ambulatoriale sono comprese sia le prestazioni ambulatoriali sanitarie, sia le prestazioni ambulatoriali riabilitative.

Relativamente alle prestazioni ambulatoriali riabilitative si evidenzia che nel mese di luglio 2024 ha riaperto il servizio di ambulatoriale semiresidenziale (chiuso durante il periodo di emergenza Covid).

Anche per questa voce i ricavi comprendono il fatturato del budget ATS. L'incremento dei ricavi è dovuto, oltre alla riapertura del servizio di ambulatoriale semiresidenziale, alla contabilizzazione di fatture da emettere per rimborsi spese

anni precedenti per le concessioni di radiologia e di odontoiatria (per complessivi 1,05 milioni di euro). L'incremento dei costi è dovuto per lo più ad un incremento del costo del lavoro dovuto alla riapertura del servizio di ambulatoriale semiresidenziale e ad un incremento di quello del poliambulatorio.

AMBULATORIALI	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	4.576	5.192	616	13,5%
Totale Costi	-4.941	-5.646	-704	14,3%
1° Margine di Contribuzione	-365	-453	-88	24,2%
2° Margine di Contribuzione	-405	-516	-110	27,3%

Confronto dei risultati economici 2023/2024 dell'Area Specialistica Ambulatoriale espressi in migliaia di euro.

3.6. LE COMUNITÀ DEI MINORI

Gli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline provvedono all'accoglienza, al mantenimento, all'educazione morale e fisica, all'istruzione, alla formazione professionale, alla protezione, allo sviluppo psicofisico e all'avviamento al lavoro di minori bisognosi, italiani e stranieri. Il programma educativo e sociale dell'IMMeS si propone di favorire l'inserimento del minore nella famiglia e nella società, collaborando con la rete territoriale dei servizi, secondo gli indirizzi dettati dalle Autorità amministrative e giudiziarie competenti e dagli Enti Affidanti. L'IMMeS è costituito da 4 Comunità Alloggio (3 da 10 posti ed una da 5 posti), da 2 Servizi di Pronto Intervento (entrambi da 10 posti), da un Alloggio per l'Autonomia femminile (da 3 posti) e da un progetto di Housing Sociale rivolto a neomaggiorienni provenienti da servizi educativi (18 posti maschili e 3 posti femminili). Nel corso dell'esercizio 2021 si è compiuta l'esternalizzazione del Pronto Intervento 1, del Pronto Intervento 2 e della Comunità di Linate.

I cambiamenti intercorsi nelle modalità di fatturazione dei ricavi prodotti dalle comunità esternalizzate hanno comportato una contrazione dei ricavi connessi di competenza del periodo; la riduzione dei ricavi complessivi è attenuata in virtù della contabilizzazione di fatture da emettere per rimborsi spesa relativi a precedenti esercizi, nei confronti del concessionario che gestisce le tre comunità esternalizzate. Il contemporaneo lieve incremento dei costi ha portato ad un peggioramento del primo margine di contribuzione rispetto all'esercizio precedente.

MINORI	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	1.372	1.334	-38	-2,7%
Totale Costi	-1.836	-1.898	-63	3,4%

1° Margine di Contribuzione	-464	-564	-100	21,7%
2° Margine di Contribuzione	-468	-696	-228	48,8%

Confronto dei risultati economici 2023/2024 dell'Area Minori espressi in migliaia di euro..

I DATI SUL PERSONALE

Al 31/12/2025 erano presenti 1.341 lavoratori. Di questi l'79 % ha un contratto di lavoro subordinato e il 21 % un contratto libero professionale.

Tipologia contratto	Totale %	Totale	Donne	Uomini	% Donne	% Uomini
Dipendenti	78,9%	1057	756	301	71,5%	28,5%
Lp	21,1%	284	145	139	51%	49%
Totale complessivo	100%	1341	901	440	67,2%	32,8%

suddivisione del personale dell'ASP al 31/12/2025

I DATI DI BILANCIO (ULTIMO APPROVATO)

Nella tabella e nel grafico seguente sono state riepilogate le macro-variabili economiche che sintetizzano i risultati dell'ASP ottenuti nel corso dell'anno 2024 confrontati con l'anno 2023:

	2023	2024	Delta	Delta %
Totale Ricavi	83.691	88.610	4.920	5,9%
Totale Costi	-97.084	-100.366	-3.282	3,4%
1° Margine di Contribuzione	-13.393	-11.755	1.638	-12,2%
2° Margine di Contribuzione	-16.015	-13.730	2.285	-14,3%
Risultato di Esercizio	-20.728	-19.676	1.053	-5,1% leggasi minore perdita

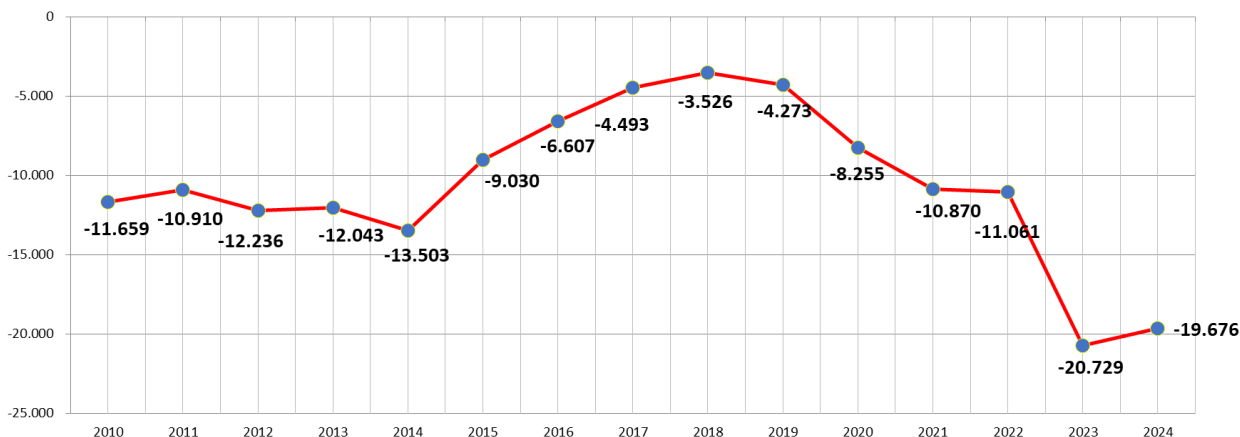
Confronto dei risultati economici 2023 e 2024 espressi in migliaia di euro.

I Ricavi del 2024 risultano superiori rispetto a quelli del 2023 di circa 4,9 milioni di euro. Più nel dettaglio:

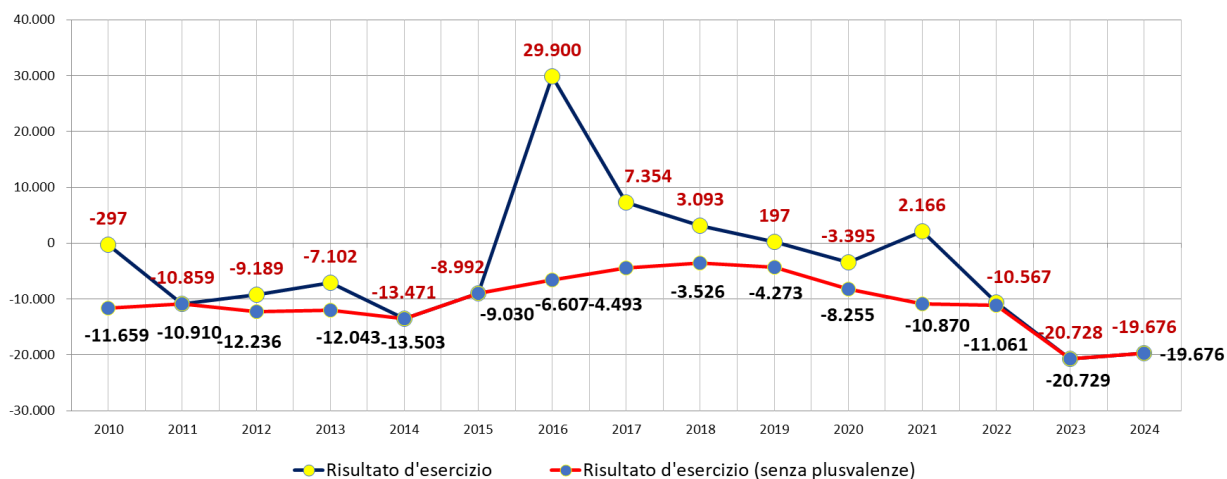
1. ricavi per rette in incremento di circa 9 milioni di euro (in costanza di commissariamento);
2. ricavi per prestazioni in decremento di circa 200 mila euro;
3. incremento dei ricavi per locazione di circa 460 mila euro;
4. decremento degli "altri ricavi" di circa 4,3 milioni di euro (imputabili alla consistente riduzione dei "ristori Covid" che hanno caratterizzato i precedenti esercizi).

Il risultato di esercizio per l'anno 2024, si attesta a -19,676 milioni di euro contro i -20,729 milioni di euro dell'esercizio precedente con un miglioramento del 5,1 %.

Trend risultato d'esercizio periodo 2010 - 2024 (senza plusvalenze)



Trend risultato d'esercizio periodo 2010 - 2024



17

Valori espressi in migliaia di euro

2.2.3. Gli obiettivi aziendali

In considerazione del contesto in cui si inserisce l'attività aziendale, e in ragione della necessità del rilancio dell'azienda, le aree e gli obiettivi strategici sui quali l'ASP IMMeS e PAT si concentrerà nel periodo 2026/2028 sviluppano ulteriormente gli obiettivi portati avanti nel corso del 2024 e del 2025, rappresentando la prosecuzione di quelli affidati al Commissario Straordinario con Deliberazione della Giunta Regionale di Regione Lombardia n° XII / 884 del 08/08/2023:

1. avviare un percorso teso al riequilibrio e al consolidamento economico degli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio con particolare riferimento alla gestione caratteristica;
2. elaborare un piano di sviluppo che, in linea con i bisogni sanitari e sociosanitari della città di Milano concordati con l'ATS di riferimento, consenta il pieno rilancio erogativo degli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio.

Di seguito si riporta quadro sinottico unitario degli obiettivi e degli indicatori Aziendali con una loro declinazione temporale: si precisa che, di seguito nella lettura del soggetto che procede alla misurazione, le funzioni del Direttore Generale e del Consiglio di Indirizzo sono assorbite nella figura del Commissario Straordinario.

QUADRO SINOTTICO UNITARIO OBIETTIVI 2026-2028

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivi Operativi	Target	Strutture coinvolte	Indicatore	Misuratore	Tempi
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidamento economico	Apertura reparti: verifica layout reparti, procedure reclutamento personale, procedure di acquisizione di beni / servizi / forniture.	Aumento della produzione	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO – DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO	Aumento della produzione complessiva RSA/Cure Intermedie nel 2026, rispetto al 2025, di almeno l'1,0%	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidamento economico	Efficientamento del Poliambulatorio: attuazione di azioni di miglioramento (anche in base a quanto rilevato nel 2025)	Aumento della produzione	DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO	Aumento della produzione del Poliambulatorio rispetto al 2025.	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidamento economico	Efficientamento del Servizio ambulatoriale semiresidenziale: attuazione di azioni di miglioramento (anche in base a quanto rilevato nel 2025)	Aumento della produzione	DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO	Aumento della produzione Servizio ambulatoriale semiresidenziale rispetto al 2025.	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidamento economico	Migliorare la gestione finanziaria	Progressiva e graduale riduzione dell'indebitamento iniziata nei precedenti esercizi	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO – DIPARTIMENTO SOCIO	Riduzione dell'indebitamento nella misura del 10% per il 2026	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026

18

				SANITA RIO			
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidam ento economico	Migliorare la gestione dei flussi di cassa	Riduzione del tempo di pagamento dei fornitori	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O	Riduzione del tempo di pagamento dei fornitori	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Efficientam ento azione amministrat iva	Completa dematerializz azione dei flussi bancari in relazione alla gestione dei rapporti con il Tesoriere	Riduzione dei tempi di evasione dei processi amministrativi	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O – AREA ECONO MICO- FINANZI ARIA – SISTEMI INFORM ATIVI	Relazione congiunta Sistemi Informativi / Responsabile Area di Programmazione Economico-Finanziaria	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Riequilibrio e consolidam ento economico	Riduzione della spesa	Rinegoziazione dei prezzi sui contratti di fornitura	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O – DIPARTI MENTO SOCIO SANITA RIO	Ottenimento di riduzione di prezzi sui contratti di fornitura per i nuovi contratti	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026 / 2028
Inovazione organizzativa	Conservazio ne e valorizzazio ne del patrimonio immobiliare	Gestione amministrativ a di supporto al comparto PAT del fondo “i3 – Sviluppo Italia” gestito da Investimenti Immobiliari Italiani Sgr S.p.A.	Completamento dei conferimenti di tutto il patrimonio da reddito.	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O – PATRIM ONIO DA REDDIT O	Completamento dei conferimenti, iniziati nell’esercizio 2024, di tutto il patrimonio da reddito.	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026
Innovazione organizzativa e manageriale	Adeguaamen to delle procedure interne al D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. (nuovo Codice degli Appalti)	Aggiornament o di procedure e regolamenti	Predisposizione e pubblicazione sul sito aziendale	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O - AREA ALBERG HIERO ECONO MALE E PROVVE	Attualizzazione del regolamento ai sensi del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. nonché delle procedure ad esso connesse.	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026/ 2028

				DITORA TO			
Monitoraggio e vigilanza e controllo	Adegua- mento delle procedure interne alle evoluzioni normative al D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. (nuovo Codice degli Appalti) per migliorare l'efficienza amministrat iva	Rispetto di quanto previsto nelle procedure e regolamenti da parte di tutte le Aree e Servizi tecnico/ammi nistrativi.	Rispetto delle scadenze contrattuali definite	DIPARTI MENTO AMMINI STRATIV O – AREA RISORSE UMANE – AREA ALBERG HIERO ECONO MALE E PROVVE DITORA TO - PATRIM ONIO DA REDDIT O – SERVIZI O PATRIM ONIO ISTITUZI ONALE	Attualizzazione delle tempistiche definite dai relativi scadenziari.	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026 / 2028
Innovazione organizzativa	Valorizzazio ne personale	Incremento dell'efficienza mento delle risorse a mansioni agevolate	Sviluppare il progetto integrato di sistema (psicologia generale, del lavoro e organizzazione aziendale) in collaborazione con UniMI per la valorizzazione delle capacità residue del	DIPARTI MENTO SOCIO- SANITA RIO – UOS PROFES SIONI SANITA RIE - UOC E UOS	Presentazione di relazione sull'avanzamento del progetto, avviato negli esercizi precedenti, a fine di ciascun esercizio, con indicazione di almeno 10 dipendenti che hanno visto incrementare la propria efficienza, a seguito di ricollocazione, nel corso dell'esercizio.	COMMISSA RIO STRAORDIN ARIO / DIREZIONE GENERALE	2026 / 2028

			personale con mansioni ridotte.				
Innovazione organizzativa e manageriale	Possibile ampliamento delle specialità mediche e/o del numero di convenzioni con Università	Valutare le specialità e/o convenzioni che potrebbero essere di beneficio all'Ente	Migliorare la capacità di risposta dell'Ente alle necessità del territorio	DIREZIONE GENERALE - DIPARTIMENTO SOCIO-SANITARIO	Presentazione di relazione con rendicontazione annuale.	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026/2028
Monitoraggio	Garantire rispetto delle procedure/regolamenti/istruzioni	Pianificazione degli audit per la valutazione del rischio su servizi sanitari e socio-sanitari	Messa a sistema del processo di pianificazione degli audit e realizzazione report trimestrali	DIPARTIMENTO SOCIO-SANITARIO – UOC E UOS	Reportistica trimestrale di monitoraggio degli esiti degli audit.	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026 / 2028
Innovazione organizzativa e manageriale	Definizione di nuovi modelli di gestione del sistema informatico tesi alla massima efficienza ed efficacia della PA nella corretta tenuta e utilizzazione delle risorse e delle informazioni	Progetti di innovazione e sviluppo dei sistemi informativi aziendali	Definizione di un sistema integrato di software gestionali-informativi e di processi in ambito di sicurezza informatica (attività propedeutiche iniziate nei precedenti esercizi)	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO – SISTEMI INFORMATIVI	Messa a sistema dei processi in ambito di sicurezza informatica e predisposizione di relazione volta a rendicontare l'attività svolta.	COMMISSARIO STRAORDINARIO / DIREZIONE GENERALE	2026/2028
Vigilanza e controllo	Rispetto termini e degli adempimenti previsti dalla normativa	Rispetto obblighi e adempimenti relativi alla trasparenza, all'anticorruzione di cui alla l. 190/2012 e al d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. sulla sezione amministrazione trasparente.	Corretto invio al Responsabile della Trasparenza dei documenti previsti dalla normativa sulle sezioni di amministrazione trasparente.	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO SOCIO-SANITARIO – AREE/SERVIZI –	Completo invio al Responsabile Trasparenza e Anticorruzione delle relazioni	RESPONSABILE TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	2026/2028

Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno". La Direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche" definisce le linee di indirizzo volte ad orientare le amministrazioni pubbliche in materia di promozione delle pari opportunità. Infatti, tale Direttiva individua l'importanza delle misure di conciliazione tra tempi di vita familiare, privata e professionale. In particolare, rimanda alle modalità di lavoro flessibile (es. part-time, telelavoro e Smart Working). All'interno della Direttiva è stato introdotto il principio del *gender mainstreaming*, ossia, che la strategia di progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione delle politiche e dei programmi faccia in modo tale che uomini e donne possano beneficiare in egual misura del trattamento specifico e che le situazioni di disuguaglianza non si perpetuino, con l'obiettivo di raggiungere la parità di sessi. Inoltre, la Direttiva ha aggiornato alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva del 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), istituiti ai sensi dell'art. 57 del D. Lgs n. 165 del 2001, rafforzando il ruolo degli stessi all'interno delle amministrazioni pubbliche. I Comitati esercitano le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica. In generale, il Piano delle Azioni Positive rappresenta un importante documento che consente di attuare azioni specifiche finalizzate a:

- garantire pari opportunità tra uomini e donne nel mondo del lavoro; ☞ Valorizzare le persone e favorire il loro benessere nell'organizzazione;
- sviluppare modalità di lavoro innovative e accrescere la motivazione dei dipendenti.

Le Strutture generali impegnate e/o coinvolte nella realizzazione delle azioni positive sono individuate di volta in volta secondo la materia di riferimento, sulla base di un principio di massima inclusione e capacità di coinvolgimento trasversale delle diverse aree aziendali. L'Azienda verificherà l'attuazione delle azioni, che di seguito sono dettagliate, in collaborazione con il CUG e proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente. Al fine di un puntuale monitoraggio delle azioni e dei risultati, l'Ente è impegnato nella realizzazione di *check-list* di controllo strutturate su KPI (*key performance indicators*) in grado di assicurare la verifica oggettiva e periodica dello stato di attuazione del PAP e delle iniziative correlate, anche in collegamento con i rispettivi target definiti nel piano performance e obiettivi aziendali.

23

Al fine di migliorare l'ambiente di lavoro e affinché lo stesso possa rappresentare un luogo nel quale prestare l'attività lavorativa è stato adottato dall'Ente il "*Codice di condotta per la tutela della dignità della persona, per il contrasto alle discriminazioni e per la prevenzione del mobbing e delle molestie sessuali e morali nei luoghi di lavoro*" con provvedimento Commissariale n. 2 del 7 gennaio 2025. La figura di riferimento, ivi prevista, è il Consigliere di Fiducia che fornisce ascolto, gestione ed assistenza nelle situazioni critiche contemplate dal predetto Codice e analizzando la situazione può proporre anche soluzioni migliorative dell'ambiente di lavoro.

1. INIZIATIVE: OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

OBIETTIVO	AZIONI	DESCRIZIONE AZIONE POSITIVE	TEMPISTICHE
FAVORIRE POLITICHE DI CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI LAVORO PROFESSIONALE ED ESIGENZE DI	Mobilità	Presso l'ASP, ai sensi dell'art. 3, comma 1, del decreto del ministro dell'ambiente 27 marzo 1998, è attiva la figura del "Mobility manager" con il compito di verificare soluzioni, con il supporto delle aziende che gestiscono i servizi di trasporto locale, su gomma e su ferro, per il miglioramento dei servizi e l'integrazione degli stessi, con sistemi di trasporto complementari ed innovativi, per garantire l'intermodalità e l'interscambio, e l'utilizzo anche della bicicletta e/o di servizi di noleggio di veicoli elettrici e/o a basso impatto ambientale.	2026 / 2028

VITA PRIVATA E FAMILIARE		A tal scopo è stata stipulata una convenzione con ATM Milano al fine di incentivare l'utilizzo del trasporto collettivo per il miglioramento delle condizioni inerenti la mobilità collettiva casa/lavoro e concretizzare i valori caratterizzanti la "responsabilità sociale ambientale" con lo scopo di ridurre in tal modo il tasso di inquinamento ambientale: tale convenzione consente ai dipendenti di accedere alla scontistica per l'acquisto o il rinnovo degli abbonamenti di trasporto pubblico. Inoltre, l'Ente punta sulla mobilità sostenibile e incentiva l'uso della bicicletta per i suoi lavoratori, che migliora lo stile di vita.	
	Implementazione contenuti e utilizzo di sistemi informatici per l'accesso alla pagina intranet	Attualmente, a seguito dell'attenzione posta in questi anni da parte dell'Amministrazione al fine di conciliare tempi di vita e di lavoro e favorire la partecipazione alle attività dell'amministrazione anche del personale assente per brevi o lunghi periodi, gran parte delle applicazioni sono accessibili da remoto con l'utilizzo di ID e password, come ad esempio il sistema di gestione delle assenze del personale, la prenotazione pasti ed aule. È intendimento aziendale monitorare e individuare ulteriori soluzioni di accesso alla pagina intranet dell'amministrazione individuando nuovi strumenti.	2026 / 2028
	Valorizzazione delle capacità residue del personale aziendale con limitazioni	Il progetto, partendo dai dati disponibili in azienda ha l'obiettivo di avere un approccio aziendale al problema superando la logica di ammortizzatore sociale considerando questi soggetti utili solo per "il mantenimento degli standard", per passare ad una reale valorizzazione delle capacità residue dei lavoratori con lo scopo di aggiungere qualità alla vita degli ospiti e pazienti ricoverati presso le nostre degenze. Vi sono, infatti, molte attività che possono essere implementate su vari versanti secondo quanto segue: <ol style="list-style-type: none"> 1) è necessario formare i dirigenti e i coordinatori (DPS e riabilitazione) al compito di creare un <i>team</i> in cui tutti gli operatori siano valorizzati per quello che fanno e possono fare in base alle eventuali limitazioni stabilite dal medico competente; 2) valutare tramite somministrazione di apposite scale di valutazione, la propensione dei soggetti demansionati verso compiti relazionali con i pazienti e compiti assistenziali considerati a torto come residuali (es. imboccare i pazienti); 3) valorizzare il personale con limitazioni, coinvolgendo gli animatori e i terapisti occupazionali, per tutti gli aspetti relazionali e ludici che per motivi di tempo sono limitati (come ad esempio piccoli compiti o lavori che gli ospiti possono svolgere con minima assistenza e/o supervisione, piccoli esercizi fisici, assistenza durante le passeggiate fuori reparto, etc.) con lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti/ospiti; 4) in accordo con l'Ufficio Formazione e il RSPP implementare la formazione sulla movimentazione manuale dei carichi e pazienti al fine di prevenire /ritardare i danni fisici da usura degli operatori; 5) valorizzare le competenze di fisioterapisti ed altro personale della riabilitazione demansionato per attività come ergoformatori verso gli operatori della équipe di appartenenza e individuare tramite ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) il potenziale di salute e di recupero del paziente in modo che il degente non sia soggetto passivo, ma possa eseguire i compiti 	2026 / 2028

		che progressivamente si sente di fare in autonomia durante il percorso di recupero e rieducazione funzionale o compiti che non deve disimparare a fare se ricoverato in RSA.	
PROMOZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE NEL PERIODO POST COVID	Azioni trasversali	<p>Le attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creazione di sinergie a sostegno del cambiamento culturale e organizzativo coinvolgendo, dove necessario, altri soggetti del territorio (le parti sociali). - Promuovere iniziative e occasioni di scambio in un'ottica di sviluppo e potenziamento delle reti pubbliche/private. - Messa a disposizione, da parte dell'Ente pubblico, di spazi (quali auditorium, teatro e bar) per creare luoghi di solidarietà e di confronto (scambio di buone pratiche). - Conoscenza delle normative vigenti e contratti di lavoro in vigore nella definizione di piani di conciliazione vita lavoro (seminari di informazione e formazione, incontri con i responsabili delle risorse umane). - Diffusione della conoscenza dei servizi che verranno realizzati dall'Ente pubblico, anche nell'ambito delle Alleanze istituzionali strategiche, con possibilità di massima estensione delle adesioni in un'ottica di solidarietà, risparmio e razionalizzazione. - Messa a disposizione degli strumenti di lavoro necessari a rendere le iniziative fruibili da tutti. 	2026 / 2028
	Azioni trasversali	<p>Corsi di esercizio Fisico e Benessere" ed in particolare di corsi di Postural Fit e Pilates.</p> <p>Ciascun corso prevede dieci incontri monosettimanali.</p>	2026
	CUG - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	<p>Il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" è presente nell'Amministrazione dal 2015. Al fine di promuovere il ruolo e le attività del CUG e migliorare l'informazione del personale sulle funzioni del Comitato, l'Amministrazione fornisce ogni utile supporto per il funzionamento del CUG in base a quanto previsto dalla normativa vigente. Al Comitato sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica in ordine all'ottimizzazione della produttività del lavoro, al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo, dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori e le lavoratrici.</p> <p>Al Comitato, in particolare, spettano le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulare piani di azioni positive a favore dei lavoratori e individuare le misure idonee per favorire il raggiungimento degli obiettivi; - promuovere iniziative volte a dare attuazione a risoluzioni e direttive emanate da organismi preposti nazionali/regionali/comunitari per rimuovere comportamenti lesivi delle libertà personali, ivi compresi quelli relativi a molestie sessuali; - segnalare fatti riguardanti azioni di discriminazione diretta ed indiretta e di segregazione professionale e formulare proposte e misure per la rimozione dei vincoli agli organi di competenza; 	2026 / 2028

		- assolvere ad ogni altra incombenza attribuita al Comitato da leggi o da normative derivanti da accordi sindacali.	
	Codice Etico e di Comportamento	<p>L'Amministrazione, in continuità con le attività già svolte, avrà cura di assicurare il pieno ed incondizionato rispetto delle procedure formali ed informali previste dal Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, approvato da ultimo con Determinazione del Commissario Straordinario n. 15 del 30 novembre 2023, per la tutela del diritto delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora ed il fermo contrasto alle discriminazioni.</p> <p>Il Codice Etico e di Comportamento operativo presso l'azienda recepisce i più evoluti approdi in materia di principi, valori, diritti e doveri, nonché norme etiche e responsabilità a cui dirigenti, dipendenti e collaboratori si attengono nello svolgimento della loro attività, sia nei confronti degli attori dell'organizzazione interna che nei confronti degli stakeholders o portatori di interessi, affermando l'obbligo di incondizionata osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza ed imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché quelli di centralità della persona, umanizzazione delle cure, accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione, ricerca e tutela della riservatezza.</p> <p>Il Testo vigente è stato adottato, da ultimo, quale revisione e aggiornamento in relazione ad interventi legislativi intervenuti nel tempo (es. D.Lgs. 24/23 e DPR del 13 giugno 2023 n. 81) e tenendo presenti le recenti Linee Guida adottate da ANAC in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche.</p>	2026 / 2028

2. BILANCIO DI GENERE

26

L'ASP IMMeS e PAT redige annualmente il bilancio di genere nell'ottica di un percorso di rendicontazione delle dinamiche di genere del suo personale (di cui dà atto anche nella relazione sulla performance, ai sensi dell'art. 10, co.1, lett. b, D.Lgs. 150/2009: l'obiettivo è di valutare l'impatto sulle donne e sugli uomini delle scelte compiute dall'Ente, riasestando il bilancio e le politiche dell'amministrazione, così da garantire una maggiore equità, efficienza e trasparenza dell'azione pubblica rispetto alle pari opportunità.

Il bilancio di genere contribuisce a una riflessione consapevole sulla ripartizione delle risorse tra uomini e donne ed è uno strumento utile per identificare tutte quelle dimensioni in cui sia possibile rilevare l'impatto di genere nel contesto di lavoro, in modo tale da condurre l'Ente a porre particolare attenzione alla promozione della prospettiva di genere, riducendo le disuguaglianze tra uomo e donna nei luoghi di lavoro.

La lettura di genere del bilancio è infine uno strumento di trasparenza e di equità, in quanto consente agli stakeholder di valutare l'operato dell'Ente evidenziando le aree di intervento maggiormente interessate dalle disparità, garantendo, al contempo, una rappresentazione oggettiva dei parametri organizzativi di genere attraverso i quali le funzioni strategiche del sistema possono definire interventi di correzione e di equilibrio.

3. COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE E OBIETTIVI DIRIGENZIALI

La normativa vigente prevede che il Piano di Azioni Positive sia volto a rimuovere gli ostacoli alla realizzazione della pari opportunità nel lavoro e a migliorare la "salute" dell'Organizzazione.

Per promuovere una compiuta realizzazione di dette azioni positive, l'Azienda ha definito un meccanismo di compartecipazione tra iniziative del Piano ed indirizzi strategici aziendali, che confluiranno negli obiettivi assegnati

alla Dirigenza aziendale per l'anno 2026, con il compito di guidare la gestione degli obiettivi specifici del piano delle performance, a valenza operativa annuale.

Sulla base di tale sistema, per l'anno 2026 l'Azienda valuterà di inserire, tra gli obiettivi dirigenziali di performance, il perseguimento da parte della dirigenza e delle rispettive strutture di afferenza anch'edì quanto inserito nelle azioni positivei.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (CONTIENE IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – PTPCT)

La presente sezione del PIAO (anche “Piano” o “Rischi Corruttivi e Trasparenza”) è redatta secondo quanto prescritto, *in primis*, dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*” (“Legge n. 190/2012”) e da tutti i successivi provvedimenti contenenti anche le linee di indirizzo via via approvate dagli enti competenti in materia.

L’ASP IMMeS e PAT si pone l’obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, di individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte a tale rischio e di adottare di volta in volta le misure necessarie (generali e specifiche), in aggiunta a quelle esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell’illegalità.

Con il suddetto Piano vengono, tra l’altro, definiti:

- a. le procedure atte a selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- b. le procedure volte a garantire gli obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del Piano;
- c. il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- d. il monitoraggio dei rapporti tra l’Azienda 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;
- e. gli obblighi in materia di trasparenza ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013;
- f. gli adempimenti correlati al D.Lgs. n. 39/2013.

27

Per il triennio 2026 – 2028 l’Azienda si pone e contestualmente approva, quali obiettivi strategici in materia, di ottimizzare l’accessibilità e fruibilità delle informazioni a servizio della trasparenza, rafforzare e implementare la formazione e sensibilizzazione del personale, continuare l’attività di aggiornamento della mappatura dei processi/attività con un approccio integrato, identificandone le misure, revisionare e migliorare la regolamentazione interna.

Le misure e gli interventi organizzativi definiti nel Piano ai fini della prevenzione del rischio corruttivo vanno considerati come strumenti da affinare, revisionare e/o integrare nel tempo, alla luce dei risultati conseguiti con la loro applicazione e in linea anche con i Piani Nazionali Anticorruzione di ANAC (“PNA”) che via via verranno adottati (da ultimo il PNA 2025 – 2027 in corso di approvazione).

La presente sezione del PIAO e i relativi allegati si collocano in linea di continuità con i documenti precedenti e sono stati elaborati con la cooperazione dell’intera struttura organizzativa aziendale, in quanto nell’individuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di implementazione e di monitoraggio dell’effettiva realizzazione del Piano stesso, concorrono i Dirigenti e tutto il personale, in uno con il RPCT. Per tale ragione, gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti, sono inseriti e integrati nel ciclo della performance e costituiscono elemento fondamentale della programmazione triennale.

L’Ente, a cura dei Dirigenti, dà comunicazione del Piano ai dipendenti e ai collaboratori al momento dell’assunzione notiziandoli anche di tutti gli altri regolamenti aziendali e del Codice Etico e di Comportamento. Ai dipendenti e ai collaboratori, già in servizio, ne viene data ampia diffusione attraverso il sito istituzionale, la *intranet* aziendale, tramite

l'invio via email, da parte dell'Ufficio Sistemi Informativi, secondo le modalità di diffusione usuale alla generalità degli operatori e pubblicando il testo nel portale dei dipendenti.

2.3.1. Il contesto di riferimento – contesto esterno

Dagli anni '90 in poi, l'Ente è stato coinvolto in diversi procedimenti penali aventi ad oggetto alcuni reati contro la Pubblica Amministrazione (es. reato di corruzione, turbativa d'asta e abuso d'ufficio): sono noti gli articoli di cronaca giudiziaria che hanno descritto tali fasi e che hanno portato la collettività a ricordare tale periodo con i nomi di c.d. "Tangentopoli" e "Affittopoli". Successivamente, vi sono stati altri procedimenti che hanno condannato la passata dirigenza dell'Ente sotto il profilo di natura penale e contabile, anche rilevando una *mala gestio* - acclarata da pronunce giurisprudenziali definitive - che ha avuto un ruolo importante di instabilità economica dell'Azienda.

A causa di tali vicende, la fiducia dei cittadini nei confronti dell'Ente e della sua gestione è stata messa per anni in discussione. Nell'anno 2020, l'Ente – come de resto l'Italia in generale – si è visto costretto a fronteggiare una situazione del tutto nuova ed eccezionale di emergenza sanitaria pandemica legata alla diffusione del virus Sars-Cov-2 ("Covid-19") che ha richiesto un notevole sforzo organizzativo al fine di poter dare immediata risposta alle esigenze emerse e mettere in sicurezza tutto il personale, gli ospiti dell'Ente e l'utenza stessa.

In ragione della situazione sopra solo accennata, la dirigenza dell'Azienda si è posta e si pone l'obiettivo primario di: (i) riportare a livelli positivi la reputazione dell'Ente, (ii) ristorare la fiducia delle persone nei confronti dell'ASP IMMeS e PAT come ente pubblico le cui finalità sono di assistenza sociale, socio-sanitaria ed educativa, (iii) appianare il forte indebitamento nel quale lo stesso versa, per permettere che la realtà milanese e lombarda possa godere appieno dei vantaggi che un ente come il Trivulzio può fornire alla collettività.

La dirigenza, pertanto, vuole che l'Azienda torni ad essere vista come luogo nel quale viene prestata assistenza, cura e recupero delle persone anziane, nel quale vengono offerte prestazioni ambulatoriali e riabilitative, nel quale viene fornita assistenza ai minori e ai giovani bisognosi.

In tale contesto, si inserisce l'attività del Commissario Straordinario Francesco Paolo Tronca come meglio specificato di seguito nella sezione relativa all'analisi del contesto interno dell'Ente.

28

2.3.2. La struttura dell'ASP IMMeS e PAT – contesto interno

La struttura interna dell'Ente è stata, anche a causa delle vicende sopra riportate, interessata da continui cambiamenti di assetto organizzativo e istituzionale. Ci si riporta a quanto già contenuto nei precedenti Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (reperibili sul sito *web* istituzionale al seguente *link*: <https://iltrivulzio.it/amministrazione-trasparente/piani-triennali-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza>), adottati dall'Azienda, dando qui solo atto di alcuni tratti idonei a rappresentare ed a ricostruire la realtà complessa dell'Azienda.

L'Azienda è stata interessata da periodi di gestione ordinaria (con variazione di *governance* e assetto istituzionale, da un Consiglio di Amministrazione a un Consiglio di Indirizzo) a fasi caratterizzate da gestione commissariale. La struttura dell'Ente è stata più volte modificata e oggi trova formalizzazione: (i) nell'ultimo Statuto approvato con Delibera Consiliare n. 5=64 del 26.03.2013 e coordinato con ultime modifiche approvate con Deliberazione del Consiglio di Indirizzo n. 1=3 del 22 gennaio 2020, (ii) nel Regolamento di Organizzazione e Contabilità approvato con la Deliberazione del Consiglio di Indirizzo n. 3=2 del 30.03.2023 e (iii) nell'organigramma, da ultimo approvato (con provvedimento commissariale n. 54/2024 dell'11.04.2024) e già riprodotto, in altre sezioni, *ut supra*, e *infra* del PIAO che costituisce la rappresentazione grafica della distribuzione dei ruoli e delle responsabilità attribuite al personale.

Nel mese di agosto 2023, a seguito di Deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. 884 dell'8/8/2023 avente ad oggetto "*Determinazione relative all'ASP "Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio" con sede in Milano (MI)*" è stato sciolto il Consiglio di Indirizzo e, contestualmente è stato nominato Commissario Straordinario il Prof. Avv. Francesco Paolo Tronca, che si è insediato il 9 agosto 2023 nelle funzioni e nel ruolo di Commissario Straordinario e di rappresentante legale dell'Azienda avente i seguenti compiti:

- avviare un percorso teso al riequilibrio e al consolidamento economico dell'ASP IMMeS e PAT con particolare riferimento alla gestione caratteristica;
- elaborare un piano di sviluppo che, in linea con i bisogni sanitari e sociosanitari della città di Milano concordati con l'ATS di riferimento, consenta il pieno rilancio erogativo dell'ASP IMMeS e PAT.

Il Commissario Straordinario ha dato avvio ad un'importante attività di risanamento della gestione aziendale e nel corso dell'anno 2024 ha iniziato un'operazione di valorizzazione del patrimonio immobiliare dell'Azienda che è proseguita nell'anno 2025 e continuerà anche nel 2026.

Per quanto attiene più propriamente alla prevenzione delle corruzioni all'interno dell'Azienda e ai presidi che la stessa ha ritenuto di porre in essere (che nella presente sezione *"Rischi Corruttivi e Trasparenza"* verranno descritti) e alla sensibilità del personale sul tema, si riportano i dati relativi all'anno 2025 che fotografano la realtà aziendale: nel corso dell'anno, sono stati avviati n. 16 procedimenti disciplinari (di cui n. 9 violazioni accertate) e nessun procedimento per eventi corruttivi.

Ulteriore presidio per l'Ente, adottato ai fini di accreditamento come recepimento di disposizioni istituzionali vincolati, è costituito dall'adozione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 che è in aggiornamento.

2.3.3. IL RUOLO DEL RPCT

Figura non espressamente prevista nell'organigramma e di riferimento per quanto attiene la presente sezione è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito "RPCT"): il Commissario Straordinario nella funzione di Consiglio di Indirizzo, ha nominato l'Avv. Iacobelli Maria Antonietta RPCT dell'Ente con provvedimento commissariale n. 78 del 23 luglio 2024 e successivamente l'incarico è stato prorogato con Provvedimento del Commissario Straordinario n. PCS2025060 del 13 giugno 2025 e da ultimo con Provvedimento del Commissario Straordinario n. PCS2025144 del 30 dicembre 2025.

In linea con quanto disposto dal legislatore, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, l'organo di indirizzo aveva dato la possibilità, anche nell'ottica di una migliore organizzazione e sensibilizzazione delle tematiche dell'anticorruzione e trasparenza, di farsi assistere nell'attività di RPCT da collaboratori o referenti che lo sostituiscono nelle attività fermo restando: (i) l'obbligo di condivisione della piena responsabilità per ogni attività che il referente ponga in essere in tal veste, (ii) la sottoscrizione di eventuali dichiarazioni o disposizioni da parte del RPCT affinché le stesse siano valide ed efficaci.

L'obiettivo principale assegnato al RPCT è la predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione: il RPCT predispone ogni anno il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (dal 2023 è la sezione *"Rischi Corruttivi e Trasparenza"* del PIAO).

Il RPCT, previa proposta dei dirigenti competenti, individua il personale – tra i soggetti che operano nei settori a più alto rischio di corruzione – da inserire nei percorsi formativi sui temi della legalità e della condotta etica.

Egli vigila sul funzionamento e sull'osservanza del Piano e quindi sull'attuazione cioè da parte di tutti i destinatari delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano; propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione dell'Azienda; segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; verifica, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione, prevista dal Piano, degli incarichi negli uffici in cui l'attività presenta un alto grado di esposizione al rischio corruttivo. Laddove il RPCT sia destinatario di segnalazioni o comunque riscontri fenomeni di corruzione, in senso ampio, i suoi compiti si sostanziano in una deliberazione sul *fumus* di quanto rappresentato al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura del RPCT rivolgersi agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta

al RPCT né accertare responsabilità individuali – qualunque natura esse abbiano – né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'Ente.

A fronte dei compiti attribuiti, la legge prevede responsabilità in capo al RPCT in caso di inadempimento, in particolare per il caso di mancata predisposizione del Piano e per la mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione. Inoltre, una più generale forma di responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa si realizza in caso di condanna in via definitiva all'interno dell'amministrazione per un reato di corruzione, a meno che il RPCT non provi le circostanze di cui alle lettere a) e b) del comma 12 dell'art. 1 della Legge n. 190/2012, ovvero di aver predisposto, prima della commissione del reato, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano stesso.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano (art. 1, comma 14, l. 190/2012), il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Come da Circolare del 25 gennaio 2013, n.1 del Dipartimento della funzione pubblica, i rilevanti compiti, le funzioni e la responsabilità di cui il RPCT è titolare saranno remunerati, a seguito di valutazione positiva dell'attività da parte dell'OIV, attraverso il riconoscimento dei risultati conseguiti mediante la retribuzione di risultato (in base alle risorse disponibili del fondo).

Inoltre, in considerazione della complessità dell'Azienda e degli adempimenti richiesti, ogni Dirigente di Area/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa ha la facoltà di individuare tra i propri funzionari, qualora lo ritenga necessario, un Referente per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO. La persona così incaricata supporterà il Dirigente e il RPCT nello svolgimento dei compiti attribuiti dalla normativa riferendo direttamente al proprio Dirigente per le attività connesse a questa materia.

Il RPCT ha precisi obblighi di informazione ed è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano. Si segnala, fin da ora, che gli obblighi informativi nei confronti del RPCT ricadono su tutti i soggetti coinvolti continuamente e, in particolare, nelle fasi di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle misure adottate, anche inviando relazioni sui progressi raggiunti e sulle determinazioni adottate: per tale ragione, nel Codice di Etico e di comportamento è previsto lo specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione rileva in sede di responsabilità disciplinare (art. 12 del Codice Etico e di comportamento).

30

2.3.4. Analisi del contesto interno: la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruttivo

La rilevazione delle attività dell'Azienda e la mappatura del rischio di corruzione è stata avviata alla fine dell'anno 2013 con riferimento ai parametri indicati nell'allegato 5 del PNA che ha inizialmente consentito di rilevare le tipologie di controllo già predisposte e attuate e ha portato ad una specifica attività di regolamentazione per la gestione del rischio corruttivo.

Nel corso degli anni successivi è proseguita l'attività di mappatura dei processi e di valutazione del rischio, specificando quanto era stato fatto ed integrando l'attività e i risultati, coinvolgendo per l'individuazione del rischio (e la sua ponderazione) diverso personale anche con la formazione di gruppi di lavoro (ove possibile) e aggiornando alle novità normative in materia.

Con la Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, ANAC ha approvato il PNA 2019 e in particolare, con l'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", ha fornito indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", dando la possibilità alle pubbliche amministrazioni di applicare il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo) in modo graduale.

L'Ente ha così iniziato a procedere alla mappatura e identificazione dei processi (e gradualmente anche delle attività), all'analisi e all'avalutazione del rischio corruttivo e al trattamento del rischio, seguendo le disposizioni di ANAC: in tale contesto, un ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio è stato ricoperto dal RPCT, che ha coinvolto

diversi soggetti con ruoli e responsabilità diverse. Per le modalità di progressiva attuazione di quanto indicato da ANAC, il RPCT si è confrontato con l'OIV che in tale ambito riveste un ruolo di supporto: si è, quindi, attivata una cooperazione e sinergia tra i soggetti con ruolo attivo in detta materia, tenendo conto che le decisioni assunte sono poi state messe in atto con proficua collaborazione e impegno da parte di tutti gli operatori dell'Ente coinvolti in questa attività.

Per permettere una chiara e puntuale gestione del rischio corruttivo, il RPCT ha predisposto una nuova tabella in formato *excel* avente ad oggetto le macro aree di “*mappatura processi-attività*”, “*identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo*”, “*trattamento del rischio*”. Ogni macro area è stata ulteriormente resa descrittiva introducendo altri elementi: e, così, l'area “*mappatura processi-attività*” vede declinare al suo interno l'indicazione dell'ufficio, dell'area di rischio, della descrizione del processo, del soggetto responsabile del processo, della descrizione dell'attività e dell'indicazione dell'esecutore dell'attività); parimenti, il processo analitico ha interessato l'area “*identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo*” in quanto per la stessa si è pensato di indicare la descrizione del comportamento a rischio corruzione (c.d. evento a rischio), i fattori abilitanti, la valutazione del rischio (suddivisa in giudizio sintetico e motivazione); per l'area “*trattamento del rischio*” si è ritenuto specificare le misure generali, le misure specifiche e indicare la programmazione delle misure specifiche.

Il RPCT ha, quindi, organizzato incontri con i responsabili delle aree dell'Ente, quelle più esposte ai rischi corruttivi (e quelle per le quali la valutazione dei rischi corruttivi negli anni precedenti era stata valutata quale uguale o superiore a 7 – secondo le indicazioni dell'“Allegato 5” ritenendo le stesse attuali e le più sensibili) per illustrare la nuova metodologia introdotta da ANAC e, dunque, nel concreto per presentare, con l'ausilio di un supporto illustrativo, la tabella e la legenda allegata, quali strumenti di lavoro per la compilazione della stessa.

Sono state così coinvolte direttamente tutte le strutture organizzative come interlocutori in quanto gli unici in possesso delle informazioni sulle modalità di svolgimento di tali processi e poiché l'attività di mappatura dei processi interni all'Ente, l'individuazione del rischio corruttivo e la relativa valutazione sono attività corali che necessariamente coinvolgono diversi soggetti che devono partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie e, quindi, assumendosi (i dirigenti e i responsabili delle unità organizzative) la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza ivi programmate.

In seguito, con un procedimento graduale, l'Ente ha così mappato e valutato l'attività sia amministrativa sia sanitaria: in quest'ottica, sono stati programmati degli incontri con i responsabili aziendali (anche in forma di tavoli di coordinamento tra pari) dei settori esposti a rischio corruttivo che gestiscono procedure simili così da individuare i processi comuni alle aree nonché per analizzarli sotto il profilo dell'analisi e della valutazione del rischio corruttivo e per individuare le misure più idonee e specifiche a garantire, per quanto possibile, il contenimento del verificarsi di fenomeni corruttivi in senso lato, cioè di generale *maladministration*.

L'Ente ha così proceduto a mappare anche quei processi che nel passato, risultavano avere un indice corruttivo non significativamente elevato, cioè inferiore a 7; poi l'Ente ha analizzato i processi che con la vecchia metodologia avevano un indice “medio” cioè compreso tra 4 e 6,99 e successivamente ha anche preso in esame quelli con un indice c.d. “basso” e, dunque, inferiore a 4. Per alcune aree (amministrative e sanitarie) si è altresì proceduto a mappare e ad identificare le attività con la relativa valutazione del rischio: nel corso dell'anno 2026, si cercherà di estendere questo grado di dettaglio anche alle altre Aree/Uffici/Servizi/Unità Organizzative.

L'analisi delle attività e dei processi (amministrative, sanitarie e anche riguardanti la comunità dei minori), nonché la valutazione del rischio sarà ancora oggetto di costante verifica, approfondimento, revisione ed integrazione nel corso dell'anno 2026 (anche in ragione di eventuali variazioni del sistema interno o dovute a fattori esterni all'Ente) affinché le griglie siano sempre aggiornate nel rispetto dell'organigramma aziendale e l'Azienda ponga in essere tutto quanto necessario ed opportuno per prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi. Il RPCT continuerà a prestare supporto a tutte le Aree/Uffici/Servizi/Unità Organizzative fornendo chiarimenti e indicazioni aggiuntive: anche nel corso del 2026, le matrici di mappatura verranno implementate, previa organizzazione di incontri con tutti i Dirigenti e Responsabili, nella sottosezione “trattamento del rischio” mediante la descrizione degli indicatori di attuazione e dei risultati attesi,

nell'ottica di un graduale e continuo miglioramento del monitoraggio puntuale delle misure. Per la definizione degli stessi, si terrà conto degli indicatori già in essere che verranno ulteriormente dettagliati.

Dall'analisi delle predette griglie emerge che:

- non sono stati segnalati nuovi processi a rischio corruttivo ulteriori a quelli già in precedenza presi in esame (a parte la ridefinizione di alcune aree che ha comportato l'introduzione di nuove attività);
- non sono state segnalate attività esternalizzate a soggetti esterni meritevoli di attenzione sotto il profilo dei rischi corruttivi;
- sono stati tenuti in considerazione gli eventi rischiosi che anche solo ipoteticamente potrebbero verificarsi;
- è stata effettuata una valutazione qualitativa del rischio motivando la misurazione del rischio;
- sono state proposte misure specifiche e puntuali, con la previsione di scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alla struttura dell'Ente stesso;
- non sono state segnalate significative novità rispetto a quanto indicato con le griglie pubblicate per il Piano precedente in linea con quanto i dirigenti hanno evidenziato nelle relazioni inviate al RPCT in tema di attuazione e valutazione delle misure poste in essere per prevenire il rischio corruttivo;
- sono state inserite e dettagliate ulteriori misure per alcuni processi.

Per l'individuazione di rischi corruttivi, le Aree/Uffici/Servizi/Unità Operative hanno tenuto conto dell'identificazione effettuata negli anni passati e formalizzata nei precedenti Piani Triennali, come da indicazione dell'OiV e poi: (i) sono stati analizzati i documenti attinenti ai processi mappati, (ii) sono stati intervistati i soggetti rilevanti per queste tematiche che hanno conoscenza diretta sui processi e, quindi, sulle relative criticità, (iii) sono state tenute in considerazione gli eventuali episodi di corruzione e gli episodi eventuali di cattiva gestione avvenuti negli anni precedenti, (iv) sono state esaminate le esemplificazioni fornite da ANAC per il comparto di riferimento e, dunque, la sanità pubblica.

La versione integrale delle griglie con la mappatura dei processi/attività, l'identificazione, l'analisi e la valutazione del rischio corruttivo e il trattamento del rischio di valutazione del rischio per ognuna delle aree sopra individuate (parte integrale e sostanziale del presente PIAO, Allegato A) sono reperibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, al seguente link: <https://iltrivulzio.it/amministrazione-trasparente/piani-triennali-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza>.

Al fine di prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e di *mala-administration*, verranno esplicitate *infra* le misure che l'Ente ha già adottato o che si adopera a mettere in atto, in particolare per le aree a maggior rischio, dando evidenza dei principali adempimenti in tema di anticorruzione che potranno essere valutati anche in riferimento ad un protocollo con ANAC al fine di poter sperimentare gli standar normativi da applicare all'azienda di servizi alla persona.

2.3.5. Cronoprogramma delle competenze/adempimenti

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Proposta per l'adozione del Piano Triennale della prevenzione della corruzione (dal 2023, sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO).	in tempi utili per l'adozione del PIAO entro il 31 gennaio di ogni anno
Consiglio di Indirizzo	Adozione del PIAO contenente la sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" .	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Pubblicazione per estratto della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO sul sito web aziendale.	entro il 31 gennaio di ogni anno

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Divulgazione del PIAO alle articolazioni aziendali.	entro il 15 febbraio di ogni anno
RPCT in collaborazione con i Responsabili di U.O.C. e U.O.S. e i Dirigenti amministrativi con personale assegnato	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione.	entro il 31 gennaio (prima convocazione) e entro il 28 febbraio di ogni anno (seconda convocazione)
RPCT in collaborazione con i Responsabili di U.O.C. e U.O.S., i Dirigenti amministrativi con personale assegnato e con il Responsabile della Sezione Formazione	Attuazione del programma di formazione rivolto ai dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione.	entro il 30 novembre di ogni anno
Responsabili di U.O.C e U.O.S e i Dirigenti amministrativi con personale assegnato	Trasmissione al RPCT della relazione sulle procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive.	entro il 31 ottobre di ogni anno
Responsabili di U.O.C e U.O.S. e i Dirigenti amministrativi con personale assegnato	Trasmissione al Responsabile dei Servizi Informativi per la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet e al RPCT (per conoscenza) della reportistica sul monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.	alla fine di ogni semestre
Responsabili di U.O.C e U.O.S. e i Dirigenti amministrativi con personale assegnato	Trasmissione al RPCT della relazione sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica.	entro il 31 ottobre di ogni anno
Responsabili di U.O.C e U.O.S. e i Dirigenti amministrativi con personale assegnato	Trasmissione al RPCT dei rendiconti sulle misure poste in essere e sui risultati conseguiti in esecuzione del Piano.	entro il 30 novembre di ogni anno
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Relazione annuale di attuazione della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" e trasmissione al Consiglio di Indirizzo per tramite del Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale.	entro il 15 dicembre di ogni anno
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza d'intesa con i Dirigenti competenti	Ridefinizione delle procedure di rotazione a seguito di ridefinizione delle competenze nei settori esposti.	entro 30 novembre di ogni anno

2.3.6. Le misure di prevenzione del rischio

L'Ente individua i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi: oltre alle misure di carattere generale, di seguito, analizzate che sono, di volta in volta, applicate nel concreto e specificatamente nella realtà aziendale (come da adeguata programmazione inserita nelle griglie), l'Ente si impegna a progettare e mette in atto ulteriori misure specifiche (sempre specificate nelle griglie).

Infatti, pur traendo origine da presupposti diversi, le misure generali e specifiche sono utili ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione in Azienda: 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, invece, in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.

Anche con riferimento al trattamento del rischio, è stato indispensabile coinvolgere tutta la struttura organizzativa dell'Ente ai fini della migliore identificazione e progettazione delle predette misure. Così le Aree/Uffici/Servizi/Unità Organizzative hanno individuato misure puntuali, prevedendo anche un'adeguata programmazione per l'attuazione delle stesse, in base proprio alle priorità rilevate e alle risorse disponibili: l'obiettivo è stato quello di cercare misure attuabili dall'Ente, specificando per ogni evento rischioso almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace.

Per ogni processo di cui sopra, i dirigenti competenti hanno descritto *"il trattamento del rischio"* e così hanno: 1) analizzato le misure previste, 2) verificato l'attuazione e l'adeguatezza delle misure in essere, 3) (eventualmente) identificato nuove misure. Inoltre, su richiesta del RPCT, al fine di evitare che le misure programmate rimanessero una previsione astratta e fossero opportunamente progettate e scadenze, nelle griglie è stato inserito: (i) lo stato di attuazione, (ii) le fasi e i tempi di attuazione, (iii) soggetto responsabile.

Con la mappatura dei processi e la valutazione dei rischi corruttivi effettuata dall'Ente è emerso che:

- poiché le Aree/Uffici/Servizi/UOC/UOS hanno rilevato che una costante formazione e responsabilizzazione degli operatori rappresenta una delle migliori misure per prevenire i rischi corruttivi, l'Ente proseguirà a promuovere la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale ai temi dell'etica, dell'anticorruzione e della trasparenza;
- con riferimento al monitoraggio di ogni misura indicata dalle Aree/Uffici/Servizi/UOC/UOS, essendo l'Ente una struttura con ampia articolazione di uffici, si è ritenuto per prima cosa responsabilizzare i soggetti delle Aree/Uffici/Servizi/UOC/UOS di pertinenza alla verifica e al controllo delle misure, prevedendo quindi un'ulteriore livello di monitoraggio oltre a quello del RPCT (che effettuerà almeno una verifica annuale sulle misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio oltre ad eventuali verifiche che potranno sorgere a seguito di segnalazioni pervenute con il canale *whistleblowing* o con altre modalità).

34

➤ I regolamenti e le raccomandazioni del RPCT adottati dall'Ente

Nel corso degli anni, l'Ente ha adottato diversi regolamenti, linee guida, procedure, istruzioni, protocolli, moduli e modelli attinenti alla gestione di tutte le attività (amministrative e sanitarie) dell'Azienda anche per fronteggiare situazioni emergenziali. A titolo esemplificativo e non esaustivo tale attività ha riguardato la gestione amministrativa, delle liste d'attesa, degli acquisti, dell'acquisizione del personale e conferimento incarichi, delle sanzioni disciplinari, della libera professione, degli immobili e terreni agricoli.

L'attenzione dell'Ente per un aggiornamento dell'apparato regolamentare è massima e l'Azienda sta procedendo alla revisione dei documenti al fine di adattare i testi alla vigente normativa.

Il sistema regolamentare viene aggiornato e trasmesso tempestivamente a tutto il personale: con la pubblicazione nella *intranet* aziendale (e per quei documenti che fanno parte del "Sistema Gestione Qualità" anche nella predetta sezione), nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* del sito (se pubblicazione obbligatoria per legge), nel "Portale Dipendenti" (per i documenti che necessitano di maggiore diffusione), informando con una specifica e-mail dedicata il personale.

Il RPCT, inoltre, ha svolto la propria attività, anche inviando - nel corso degli anni - delle raccomandazioni ai Responsabili di riferimento dell'Ente, reperibili al seguente link: <https://iltrivulzio.it/amministrazione-trasparente/raccomandazioni-rpct> e, se pur non formalizzate, inviando comunicazioni volte a ricordare l'applicazione rigida e corretta della normativa. Sarà cura del RPCT continuare, anche nel corso dell'anno 2026, a portare all'attenzione dei Dirigenti e dei diversi Responsabili le prescrizioni ritenuti rilevanti per lo svolgimento delle attività dell'Ente e fornire indicazioni per l'attività nel solco della legalità e della trasparenza.

➤ **Istituzione del Regolamento dei Doni e del Registro dei Doni**

L'Ente si è dotato, già dalla fine del 2018, del "Regolamento dei doni" ricevuti dal personale aziendale con il relativo Registro dei doni (entrato in vigore nell'anno 2019). Secondo il predetto regolamento, sono soggetti a registrazioni obbligatoria, da parte del soggetto che li riceve, nel termine massimo di 5 giorni lavorativi del soggetto tenuto alla registrazione, tutti i doni con valore stimato superiore a 50 euro che abbiano un qualunque collegamento con il contesto aziendale, ricevuti quindi anche in occasione esterna e anche solo potenzialmente connessa all'ambito lavorativo.

➤ **Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse**

L'ASP IMMeS e PAT richiama ed impartisce ai responsabili del procedimento le direttive sulle situazioni di conflitto di interesse, ai sensi dell'art. 6-bis l. n. 241/ 1990 (e come indicato nel Codice Etico e di Comportamento), secondo il quale i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, o qualora ricorrano ragioni di opportunità e convenienza.

Il RPCT nel corso del tempo si è adoperato per formare, aggiornare e sensibilizzare il personale, evidenziando l'importanza di fare emergere il conflitto di interessi, esemplificando casistiche ricorrenti e predisponendo un modulo standard per agevolare la rilevazione di tali situazioni.

A tal proposito, le attività dell'ASP IMMeS e PAT in detta materia si articolano nel modo seguente:

- la segnalazione del conflitto deve essere indirizzata per iscritto al dirigente dell'area aziendale nella quale si opera e al Responsabile dell'Area Risorse Umane entro tre giorni dalla conoscenza dello stesso, i quali, di concerto, esaminano le circostanze e valutano se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. I dirigenti destinatari della segnalazione devono valutare espressamente la situazione sottoposta alla loro attenzione e devono rispondere per iscritto entro tre giorni dalla ricezione della comunicazione al dipendente/collaboratore medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente;
- nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, quest'ultimo dovrà essere affidato dai dirigenti ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente responsabile dell'area di riferimento dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento;
- qualora il conflitto riguardi un dirigente o un direttore sarà il RPCT a valutare le iniziative da assumersi; qualora riguardi il RPCT, la competenza alla valutazione è del Direttore Generale.

I dirigenti e i referenti responsabili: (i) acquisiscono e conservano le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP (nonché il relativo accertamento, sempre rispettando le norme in materia di dati personali); (ii) monitorano la situazione, attraverso l'aggiornamento della dichiarazione annualmente da parte del personale assegnato, (iii) ricordano con cadenza periodica a tutti i dipendenti e collaboratori di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate, (iv) controllano a campione le dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

In riferimento agli incarichi di collaborazione, per quanto attiene all'accertamento dell'assenza di conflitti di interessi, l'Ente pone in essere alcune misure, di seguito esemplificate (alcune in corso di implementazione): (i) la richiesta di sottoscrizione della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza; (ii) l'aggiornamento, con cadenza annuale (o diversa anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della predetta dichiarazione; (iii) la previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico; (iv) l'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni (es. organo conferente l'incarico o altro Ufficio); (v) l'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche; (vi) il controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche

potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs. 165/2001.

Il RPCT - anche a seguito di audit a campione effettuati e rilevata l'opportunità di una formalizzazione di quanto già in uso presso l'Ente - proporrà una procedura di gestione del conflitto di interessi, con l'individuazione del momento nel quale è obbligatorio rilasciare la dichiarazione, il destinatario delle stesse, la verifica delle dichiarazioni anche nei casi di criticità.

➤ **Svolgimento di attività ed incarichi *extra*-istituzionali**

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi *extra*-istituzionali ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001, l'ASP IMMeS e PAT deve valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali. Il cumulo in capo ad un medesimo soggetto di incarichi conferiti dall'Ente può comportare un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale, con il rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati o impropri.

A questo riguardo, l'Ente:

- valuta la situazione, anche in funzione di una possibile crescita professionale, culturale e scientifica nonché di una valorizzazione del dipendente che può avere ricadute positive sullo svolgimento delle attività (funzioni/ruolo) ordinarie svolte dal dipendente stesso;
- il dipendente comunica al Responsabile dell'Area Risorse Umane e al dirigente dell'area in cui il dipendente opera anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (se collegati alla sua professionalità) entro due giorni dal conferimento degli stessi;
- pur senza il rilascio di una autorizzazione, l'Ente deve valutare, entro 5 gg, la sussistenza di conflitti di interesse anche potenziali e, se del caso, comunicare per iscritto al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico;
- al fine di cui al punto precedente, il Responsabile dell'Area Risorse Umane trasmette al RPCT la comunicazione effettuata dal dipendente, invitandolo ad istituire una commissione interna formata da almeno 3 dirigenti di primo livello (ogni volta differenti) atta a valutare il cumulo delle cariche.

36

Si richiama la normativa relativa al regime delle comunicazioni obbligatorie al Dipartimento della Funzione Pubblica in merito all'Anagrafe delle Prestazioni che si estende anche agli incarichi gratuiti.

➤ **Inconferibilità e incompatibilità delle cariche ex D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39**

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice si osservano le disposizioni contenute nel D.Lgs. 39/2013 e successive modificazioni che si intendono integralmente richiamate.

L'Ente sul tema ha consolidato una prassi operativa sul tema e così sintetizzata:

- il Responsabile delle Risorse Umane, in occasione del conferimento di nuovi incarichi dirigenziali, provvede a richiedere a tutti i dirigenti (responsabili dell'implementazione della misura in oggetto) le dichiarazioni sostitutive sull'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità trasmettendole al RPCT e all'Ufficio Servizi Informativi per la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente";
- anche in occasione del conferimento di nuovi incarichi per posizioni organizzative, il Responsabile delle Risorse Umane provvederà a richiedere la dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità e trasmetterla ad ogni dirigente apicale la cui posizione si riferisce e al RPCT (e all'Ufficio Servizi Informativi per la pubblicazione);
- semestralmente, il Responsabile delle Risorse Umane - sotto la sovrintendenza del Direttore del Dipartimento Amministrativo - provvede a controllare la veridicità di almeno il 20% delle dichiarazioni sostitutive sull'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità mediante l'accesso a elenchi e registri pubblici accessibili o con ogni altra modalità indicata da ANAC entro il primo mese successivo alla chiusura del semestre riferendo al RPCT cui è comunque consentito l'accesso ai documenti. In caso di necessità la percentuale del 20% può essere ridotta con

comunicazione motivata del Responsabile delle Risorse Umane al Direttore del Dipartimento Amministrativo, al Direttore Generale e al RPCT.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Il controllo, pertanto, deve essere effettuato all'atto del conferimento dell'incarico, annualmente e su richiesta nel corso del rapporto. L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e pubblicata nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito che si impegna altresì a comunicare eventuali fatti di rilievo intervenuti in permanenza dell'incarico: l'Ente ha predisposto un modulo di dichiarazione sull'insussistenza di condizioni di inconferibilità e incompatibilità.

Qualora la situazione di incompatibilità emergesse al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emergesse nel corso del rapporto, il RPCT deve contestare la circostanza all'interessato e vigilare affinché siano prese le misure conseguenti. A tal fine, l'ASP IMMeS e PAT, secondo competenza in base alle materie assegnate ai singoli dirigenti e comunque sotto la cura del Direttore del Dipartimento Amministrativo che la sovrintende, impartisce direttive interne affinché: (i) negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità; (ii) i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto.

È in esame l'opportunità di una verifica specifica sulle dichiarazioni dei dirigenti di nuova nomina o, in alternativa, una verifica a campione di tutti i dirigenti cui verrebbe richiesta autocertificazione annuale.

Nello specifico, se le cause di inconferibilità non fossero note all'amministrazione, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato quando tali cause sono conosciute per acquisire le osservazioni dell'interessato; il soggetto al quale sia stato conferito l'incarico, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico stesso qualora l'inconferibilità fosse confermata.

Il RPCT contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità e segnala, altresì, i casi di possibile violazione delle disposizioni del suddetto decreto all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (ex art. 15, commi 1 e 2 del D.Lgs. 39/2013).

37

Si precisa, infine, che nella rilevazione e gestione delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità, l'Ente presta attenzione alle verifiche da svolgere per il personale assegnato temporaneamente ad amministrazione diversa da quella di appartenenza, mediante il collocamento in comando o posizione similari (situazioni allo stato numericamente non rilevanti per l'Azienda), promuovendo un rapporto di leale collaborazione, ad esempio, con l'introduzione di un obbligo: (i) di richiesta di informazioni da parte dell'amministrazione/ente di destinazione e (ii) di comunicazione di situazioni di inconferibilità, da parte dell'amministrazione/ente di provenienza.

In materia, l'Ente – non appena verrà adottato il PNA ANAC – inizierà a porre in essere quanto in esso definito al fine di poter revisionare le istruzioni sopra dettagliate, semplificando gli adempimenti e sensibilizzando sul tema quanti a diverso titolo sono coinvolti nelle attività.

➤ **Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*)**

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001 l'ASP IMMeS e PAT ha impartito e impartisce direttive interne affinché:

- nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente (per apporto decisionale vanno intesi sia il responsabile del procedimento, sia il dirigente che adotta il

- provvedimento, sia qualunque altro soggetto partecipi al medesimo procedimento con interventi che incidono con potere negoziale come componenti di commissione, tecnici che effettuano valutazione delle offerte, *etc.*);
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
 - sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
 - si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli *ex* dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, D.Lgs. 165/2001.

E' previsto il controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive da parte dei Responsabili delle Aree di espletamento delle procedure, con almeno un controllo del 20% delle dichiarazioni acquisite controllate.

A seguito di incontri e stante l'adozione da parte di ANAC delle "Linee Guida n. 1 in tema di c.d. divieto di *pantouflage* – art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001" con delibera n. 493 del 25 settembre 2024, l'Ente porrà in essere quanto necessario ed opportuno per adeguarsi alle predette Linee Guida, apportando eventuali revisioni all'apparato procedimentale e di verifica attuato: ad esempio, prevedendo una dichiarazione da far sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico con cui il dipendente e il collaboratore si impegnano al rispetto del divieto di *pantouflage*, al fine di eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità delle disposizioni sul *pantouflage*.

➤ **Procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti idonee a prevenire il rischio di corruzione e programma per la formazione del personale (2026 - 2028).**

E' previsto che tutto il personale dell'Ente partecipi ad un programma formativo obbligatorio sui temi dell'etica, della legalità, della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale, sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione: il programma è elaborato dal RPCT che ha anche il compito di vigilare sull'effettiva erogazione dello stesso a tutto il personale con cadenza annuale.

La selezione del personale e la determinazione dei contenuti di formazione verrà effettuata dal RPCT d'intesa con i Responsabili delle articolazioni aziendali interessate e dovranno essere definite entro il 28 febbraio di ogni anno, prevedendo che siano concluse entro il 30 novembre dello stesso anno.

Nel dettaglio, il programma per la formazione coinvolge: il RPCT, la Direzione aziendale, i Dirigenti (per l'area di rispettiva competenza), i dipendenti ed i collaboratori non dipendenti dell'ASP IMMeS e PAT.

Entro la fine del mese di giugno di ogni anno il dirigente responsabile dell'Area Risorse Umane invia ai dirigenti dei centri di responsabilità un elenco degli operatori loro assegnati (dipendenti e collaboratori in rapporto professionali) che lavorano per l'Ente, ricomprendendo anche gli operatori di altre aziende, che per mezzo di contratti, gestiscono i servizi presso l'Azienda affinché la formazione in tema di prevenzione della corruzione possa essere effettuata nei confronti del maggior numero di soggetti e operatori.

Al fine di coinvolgere tutti gli operatori in tema di formazione, si suggerisce ai Dirigenti competenti di verificare che tutti i capitolati di gara, oltre ai richiamarli al rispetto del Codice Etico e di Comportamento, prevedano l'obbligo per le società e cooperative che svolgono attività con lavoratori presso l'Ente a svolgere la formazione in oggetto.

Il Piano per la formazione per il triennio 2026 - 2028 ha ad oggetto i seguenti argomenti: etica pubblica e comportamento etico, il codice etico e di comportamento dell'Ente, il PIAO e gli strumenti di controllo (es. misure di prevenzione generali e specifiche, di controllo, di contrasto della corruzione), la trasparenza dell'attività amministrativa e il rapporto con il Regolamento Europeo n. 679/2016 per la protezione dei dati personali (ed elementi di cybersicurezza), la sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite (cd. *Whistleblowing*).

➤ **La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (cd. *whistleblower*)**

L'Ente e il RPCT ritengono che l'istituto *de quo* rivesta un'importanza fondamentale per l'agire amministrativo.

L'ASP IMMeS e PAT ha adottato il *"Regolamento per la gestione del Whistleblowing"* (aggiornato tenendo conto del D.Lgs. 24/23 e della Delibera ANAC n. 311 del 12 luglio 2023), che si intende qui integralmente richiamato e che verrà tempestivamente revisionato, in considerazione delle Linee Guida *"in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione"* di recente approvazione da parte di ANAC con Delibera n. 478 del 26 novembre 2025. L'Ente introdurrà tutto quanto ritenuto opportuno per una migliore diffusione della misura nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria anche sotto il profilo della tutela dei dati personali e della riservatezza.

Tutte le informazioni (regolamento, informativa privacy, etc.) sono reperibili al seguente link: <https://iltrivulzio.it/amministrazione-trasparente/segnalazioni-di-illecito-whistleblowing>.

Il RPCT, già nel corso dell'anno 2025, ha sensibilizzato il personale con la formazione specifica e in prima persona contribuendo ad accrescere la fiducia nell'istituto dialogando con il personale, dimostrando l'apertura all'ascolto, all'attenzione per il singolo e la profonda dedizione al rispetto della legalità e delle regole.

Il RPCT di intesa con i Dirigenti (che avranno l'onere di organizzare l'incontro) proporrà di interfacciarsi almeno una volta direttamente con il personale di loro afferenza durante l'anno per coinvolgerli sul tema. Gli incontri potranno essere anche l'occasione per rispondere alle tematiche relative alla anticorruzione e alla trasparenza che il personale vorrà rivolgere direttamente al RPCT.

➤ **Procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire il rischio di corruzione**

I Responsabili delle aree aziendali, sia sanitarie (UOC e UOS) sia amministrative (Area, Servizi ed Uffici) devono formalizzare, con nota da trasmettere al RPCT entro il termine del 31 ottobre (termine che anche per gli anni successivi è scadenza annuale fissa): (i) le procedure utilizzate per lo svolgimento delle attività di competenza e i relativi controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti ai controlli, l'oggetto e la tempistica dei controlli stessi, (ii) gli eventuali nuovi interventi organizzativi necessari ad incrementare l'azione preventiva del rischio di pratiche corruttive. I Responsabili delle Aree aziendali dovranno, altresì, programmare incontri sistematici (uno ogni semestre) con il personale afferente su norme, regolamenti, e procedure in uso e/o da attivare, al fine di aggiornare il personale, dando poi evidenza al RPCT di quanto fatto.

Per la corretta gestione dell'attività, i dipendenti che istruiscono un atto o che adottano un provvedimento finale, qualora riscontrino delle anomalie, devono darne informazione scritta al responsabile della Unità Organizzativa al quale afferisce e quest'ultimo informa immediatamente il RPCT.

Il RPCT può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e collaboratori su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione ed illegalità: in particolare, il RPCT può effettuare accessi casuali ai vari uffici, con lo scopo di procedere a verifiche a campione sulle varie pratiche o mediante *audit* programmati.

➤ **Patti di integrità negli appalti e negli affidamenti**

L'ASP IMMeS e PAT, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012, inserisce in tutti gli avvisi, i bandi di gara e le lettere di invio la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. L'Azienda ha adottato un Modello unico di Patto d'Integrità morale aziendale che potrà essere aggiornato. L'esigenza di ridurre il rischio nell'area "contratti pubblici" impone un costante e attento monitoraggio sull'effettiva applicazione della misura anche per il prossimo triennio.

➤ **Ulteriori utili misure da adottare per i procedimenti a maggior rischio**

Per le attività particolarmente esposte al rischio di corruzione oltre all'adozione dei regolamenti in essere presso l'Azienda e tutte le altre misure individuate, l'Ente ha definito anche le seguenti misure di legalità e integrità:

- divieto dell'inserimento nei bandi di gara di clausole che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi o fornitori;
- il dipendente a cui è affidata una pratica, nella istruttoria e nella definizione delle istanze presentate, deve rigorosamente rispettare l'ordine cronologico (data di "pervenuto"), fatti salvi i casi d'urgenza che devono essere espressamente richiamati con provvedimento motivato del responsabile del procedimento;
- il dipendente non deve richiedere né accettare donativi o altre utilità di qualsiasi natura, per sé o per altri, da qualsivoglia soggetto, sia esso persona fisica, società, associazione o impresa, con cui sia in corso attività d'ufficio, o vi sia stata, o vi sia potenzialità futura. In caso di offerta, ne deve dare segnalazione al proprio Dirigente.

➤ **Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

L'obiettivo è quello di consentire l'attuazione dell'aggiornamento annuale dei procedimenti amministrativi e la realizzazione della misura generale del monitoraggio dei tempi procedurali.

I Responsabili delle articolazioni aziendali aggiornano annualmente l'elenco dei procedimenti amministrativi (reperibili al seguente [link: https://iltrivulzio.it/trasparenza/tipologie-di-procedimento](https://iltrivulzio.it/trasparenza/tipologie-di-procedimento)) e definiscono, in un apposito prospetto, i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza. Con cadenza semestrale, effettuano poi il monitoraggio del rispetto dei termini, trasmettendo al Responsabile dei Servizi Informativi e al RPCT (per conoscenza) apposito *report* recante gli esiti del monitoraggio contenente: (i) i dati relativi al numero di procedimenti conclusi, (ii) il numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini, (iii) il numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo con la relativa esplicitazione delle problematiche occorse in caso di ritardo e gli adempimenti correttivi adottati. I predetti risultati sono reperibili al seguente [link: https://iltrivulzio.it/trasparenza/monitoraggio-tempi-procedimentali](https://iltrivulzio.it/trasparenza/monitoraggio-tempi-procedimentali).

Il RPCT vigila sulla effettiva realizzazione da parte dei Responsabili delle articolazioni aziendali del monitoraggio semestrale e dell'eventuale aggiornamento delle attività e dei procedimenti.

40

➤ **Monitoraggio dei rapporti fra l'azienda e i soggetti con i quali intercorrono rapporti aventi rilevanza economica**

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono al monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda 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 dell'amministrazione, attraverso appositi moduli (acquisiti agli atti presso ciascun responsabile dell'articolazione aziendale che ha effettuato il monitoraggio) da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori.

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6-bis legge n. 241/90 del personale in conflitto.

Di tale monitoraggio deve essere data evidenza periodicamente al RPCT al 31 ottobre di ciascun anno.

➤ **Monitoraggio della partecipazione ai convegni da parte del personale dell'azienda**

L'Azienda richiede la compilazione di un modulo tutte le volte in cui i Dirigenti dell'Ente intendano partecipare a convegni e congressi quali relatori, responsabili scientifici e/o partecipanti anche in caso di sponsorizzazione da parte del fornitore (quali ditte farmaceutiche o ditte produttrici/venditrici di prodotti elettromedicali) per i quali si chiede l'autorizzazione. La procedura verrà implementata affinché l'Ente possa tenere un registro e nella dichiarazione possano essere maggiormente dettagliate le situazioni.

➤ **Obblighi di trasparenza**

La trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ed è promossa attraverso la pubblicazione - nel pieno rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali - sul sito istituzionale dell'Ente, delle informazioni e dei dati richiesti dalla normativa in modo che l'attività dell'Ente sia facilmente accessibile, completa e di facile consultazione.

L'Azienda e il RPCT (con la collaborazione di tutto il personale) anche con il supporto di ANAC e del CNR inizierà a conformarsi progressivamente agli indicatori previsti dalla Piattaforma Unica della Trasparenza di recente adozione che consentirà all'Ente di avvicinarsi in modo semplice e chiaro ai cittadini con la possibilità di conoscere, anche con strumenti diversi, l'attività dell'amministrazione.

Si rinvia, in ogni caso, alla sezione dedicata alla trasparenza del PIAO.

➤ **Rotazione degli incarichi**

La misura della rotazione del personale addetto alle aree ritenute a rischio è volta ad evitare il consolidamento di posizioni di "privilegio" nella gestione diretta di alcune attività legate alla circostanza che il medesimo dipendente (compresi i dirigenti amministrativi) prenda in carico personalmente per lungo tempo lo stesso tipo di procedura e si interfacci sempre con lo stesso utente. Nella rotazione sono compresi i dirigenti amministrativi e possono essere adottate eccezioni con provvedimento motivato. Per gli incarichi dirigenziali professionali e sanitarie l'infungibilità è altresì vincolata da disposizioni specifiche in merito all'esercizio delle specifiche professioni o sulla disciplina medica di espletamento dell'attività.

In particolare, ogni soggetto che gestisce un processo a rischio, dovrebbe essere sostituito ogni 5 anni. Sono escluse le attività per cui il dipendente o dirigente sia assunto a seguito di selezione specifica sul posto ricoperto oppure sia richiesto un titolo di studio specifico oppure una specializzazione o una qualificazione professionale specifica o l'iscrizione ad un ordine professionale che non consenta l'individuazione di altro dipendente in sostituzione all'interno dell'Azienda.

Si ritiene di indicare un termine minimo di tre anni di esercizio dell'attività per la quale è avvenuta la rotazione del personale, prima di poter tornare allo stato precedente la rotazione stessa: la durata triennale è termine valutato in analogia con quanto previsto per l'istituto del *pantouflage*.

Il RPCT ritiene altresì fondamentale, qualora la rotazione ordinaria non fosse possibile, dare sempre maggiore spazio alla trasparenza nei procedimenti amministrativi e attuare anche le misure alternative alla rotazione indicate da ANAC che sortiscono un effetto analogo a quello della rotazione procedendo con: (i) l'utilizzo, per quanto concerne le aree più a rischio, di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali o affidamento delle diverse fasi procedurali a diversi dipendenti; (ii) la previsione di modalità operative che favoriscano una maggiore partecipazione del personale per le istruttorie più delicate, (iii) l'eventuale doppia sottoscrizione degli atti caratterizzati da un rischio maggiormente elevato, con firma del soggetto istruttore e del titolare del potere di adozione dell'atto finale.

Nel corso degli anni, l'Azienda ha attuato la rotazione del personale, anche a seguito delle modifiche organizzative indicate nel Regolamento di Organizzazione e Contabilità e nel tempo modificato con il quale è stata ridefinita la mappatura delle responsabilità d'ufficio anche non dirigenziale: l'analisi di tutte le posizioni e dei ruoli è attività che l'Ente ha in essere anche nell'ottica di una riorganizzazione dell'Azienda con valutazione sulle competenze e sulla formazione.

Come previsto dal PIAO, ogni anno i Dirigenti competenti - d'intesa con il RPCT - svolgono riunioni al fine di dare seguito alle prescrizioni in materia di rotazione ordinaria del personale, previa adeguata formazione dello stesso, all'esito delle quali il Direttore del Dipartimento Amministrativo con l'ausilio dell'Area Risorse Umane redige il piano della rotazione, che inviato alla Direzione Generale, viene recepito all'interno del PIAO.

Per l'anno 2026, seguendo l'iter previsto, il Dirigente (incaricato allo svolgimento di ogni attività diretta alla sovrintendenza e al coordinamento delle procedure finalizzate al perfezionamento degli atti di competenza dell'Area Risorse Umane) ha condiviso anche con il RPCT una proposta di piano di rotazione e di misure alternative alla rotazione

(suggerite nell'Allegato 2 al PNA 2019), come peraltro già indicato in altre sezioni del PIAO nel quale si motivano le ragioni.

Entro il mese di febbraio 2026, l'Area Risorse Umane, per gli ambiti esposti a rischio corruttivo per i quali non sarà possibile attuarne la rotazione, darà indicazione a tutti i Dirigenti delle misure alternative alla rotazione da porre in essere nell'anno 2026 indirizzate, quindi: (i) all'utilizzo, per quanto concerne le aree più a rischio, di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali o affidamento delle diverse fasi procedurali a diversi dipendenti; (ii) alla previsione di modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale per le istruttorie più delicate, (iii) alla eventuale doppia sottoscrizione degli atti caratterizzati da un rischio maggiormente elevato, con firma del soggetto istruttore e del titolare del potere di adozione dell'atto finale.

➤ **Rotazione straordinaria**

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione (art. 16, comma 1 lett. I.-*quater* D.Lgs. 165/2001), di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi e consiste nella rotazione *"del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*. Per tale misura, l'Ente provvederà a formalizzare l'iter di applicazione di codesta misura, recependo quanto indicato, da ultimo, nella delibera ANAC n. 215/2019 e n. 345/2020. Nell'ultimo anno non si sono verificati casi in cui sia stato necessario applicare l'istituto.

➤ **Il Codice Etico e di Comportamento dell'Azienda e i compiti dei dipendenti e dirigenti**

L'Ente ha approvato il *"Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio"*, con DG/43/2019 (il "Codice") e ha costantemente revisionato il testo alla luce dei successivi obblighi normativi (es. D.L. 3/2022, D.Lgs. 24/23, DPR 81/2023) seguendo le Linee Guida di ANAC (delibera n. 177 del 19 febbraio 2020). Il Codice vigente è stato adottato, nella versione aggiornata, da ultimo con Provvedimento del Commissario Straordinario n. 15 del 30 novembre 2023.

Ai dirigenti sono attribuite specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione con poteri propositivi e di controllo nonché con obblighi di collaborazione, monitoraggio e azione diretta al contrasto della corruzione.

Il dipendente e il collaboratore, compreso il dirigente, rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'Azienda: es. è tenuto ad osservare le prescrizioni contenute nel PIAO, a prestare la sua collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, a segnalare al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Ente di cui sia venuto a conoscenza.

La violazione dei doveri contenuti nel Codice da parte di tutti i destinatari dello stesso è fonte di responsabilità disciplinare. La vigilanza sull'applicazione del Codice è posta in carico ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura e all'Ufficio procedimenti disciplinari: il superiore gerarchico comunica tempestivamente e per iscritto i fatti segnalati dal proprio collaboratore. Quest'ultimo è tenuto a prestare, a richiesta, la propria collaborazione al RPCT, fornendo tutte le informazioni di cui è in possesso nonché rendendosi disponibile per ogni richiesta di chiarimenti in merito.

Le prescrizioni del Codice vengono ogni anno illustrate nel corso dedicato ai temi dell'anticorruzione, trasparenza e privacy al personale aziendale fornendo le indicazioni per poter consultare individualmente lo stesso.

2.3.7. Relazione del RPCT sull'attività svolta e relativo monitoraggio

Il RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione - basata anche sui rendiconti, le relazioni pervenute ed i controlli effettuati (anche in autovalutazione dai dirigenti/referenti, che danno evidenza altresì dei provvedimenti e/o rimedi e/o correttivi e/o miglioramenti da attuare) - avente ad oggetto, i risultati dell'attività svolta con i risultati conseguiti e le misure poste in essere e la trasmette al Consiglio di Indirizzo, all'OIV (per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti) e al Responsabile dei Sistemi Informativi per la pubblicazione.

Con il comunicato del Presidente ANAC del 10 dicembre 2025, l'Autorità ha fissato al 31 gennaio 2026 il termine ultimo per la predisposizione da parte del RPCT della Relazione annuale e della pubblicazione su un apposito schema predisposto da ANAC, ai sensi dell'art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012.

Nella predetta Relazione si dà atto anche dell'attività di monitoraggio posta in essere dall'Azienda, in prima analisi dai dirigenti/referenti che effettuano un'autovalutazione sull'idoneità delle misure e in seconda valutazione da parte del RPCT.

L'Ente ha inizialmente intrapreso, prima in via estemporanea e non formalizzata nel corso del 2018 e 2019 un'attività di *auditing in-house* all'interno delle diverse area aziendali volta ad individuare i processi aziendali che presentano criticità del punto di vista del rischio corruttivo. Le verifiche condotte nei successivi anni su specifiche situazioni non hanno, comunque, evidenziato situazioni di illecito ma la necessità di una ridefinizione di modalità organizzative della attività o di rideterminazione delle attività di controllo interno da parte degli stessi addetti e dei relativi responsabili. Dall'anno 2022, sono stati svolti dal RPCT *audit* in tema di anticorruzione, trasparenza e privacy (sulla base di un programma e all'interno del perimetro indicato in altri documenti programmatici dell'Ente) che hanno avuto buoni risultati volti a verificare tutti gli adempimenti previsti dalle norme e dal Piano nonché a valutare l'adozione e l'idoneità delle misure poste in essere per prevenire eventi corruttivi. Come già individuato in altre sezioni del PIAO, i predetti *audit* verranno svolti anche nel corso dell'anno 2026, costituendo così un ulteriore livello di monitoraggio, di verifica dell'attuazione delle misure e del rispetto della normativa: gli *audit* effettuati nel corso dell'anno 2025 hanno portato ad alcune revisioni migliorative delle misure contenute nelle griglie qui allegate.

2.3.8. La trasparenza amministrativa

La trasparenza amministrativa costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione (responsabilizzando il personale) e rappresenta una misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità.

La trasparenza concorre, inoltre, alla protezione e alla creazione di valore pubblico, favorendo la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholder*, sia esterni che interni.

Al fine della massima trasparenza delle attività dell'Ente, l'Azienda ha un sito *web* istituzionale (www.iltrivulzio.it) con il quale fornisce all'utente tutte le informazioni utili operative e le principali notizie aggiornate dell'Ente medesimo e, attraverso la sezione "Amministrazione Trasparente" (raggiungibile facilmente dalla *home page* ed organizzata in sotto-sezioni secondo le disposizioni di ANAC) pubblica le informazioni, dati, documenti (obbligatorie per legge) - con le modalità *infra* dettagliate - inerenti l'attività amministrativa.

L'Ente si pone l'obiettivo di:

- individuare gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP IMMeS e PAT previsti dal D.Lgs. 33/2013 e da fonti normative ulteriori;
- individuare gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- definire la tempistica per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio delle informazioni e dei dati.

L'ASP IMMeS e PAT, inoltre, rinnova il suo impegno volto a garantire:

- accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni;
- un adeguato livello di trasparenza;
- la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;
- l'uso di forme di comunicazione rispettose del diritto alla replica e della tutela della privacy.

L'Ente cercherà di rendere ancora più fruibile il sito *web* istituzionale, arricchendolo di contenuti, affinché la pubblica amministrazione possa essere sempre più vicina all'utente interno ed esterno, al cittadino, alla collettività, agli altri enti. Con l'accessibilità totale alle informazioni detenute, l'Azienda si pone l'obiettivo di favorire il controllo democratico sull'operato delle organizzazione stessa. In questo senso, si sta formalizzando un protocollo sperimentale con ANAC con l'intento di valorizzare maggiormente, anche in modo dinamico e trasparente, l'attività dell'Azienda.

43

➤ **Modalità di pubblicazione *online* dei dati e stato di attuazione del sito *web* istituzionale**

L'ASP IMMeS e PAT attua gli obblighi di pubblicazione - in un'ottica di effettiva e piena conoscibilità dell'azione amministrativa - attraverso il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare (integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità).

I dati sono pubblicati in formato "aperto", per consentire il riutilizzo senza registrazione da parte dell'utente, ai sensi dei D.Lgs. 36 del 2006, D.Lgs. n. 82 del 2005 e D.Lgs. n. 196 del 2003 ("Codice Privacy") e il Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), con obbligo da parte dell'utilizzatore di citare la fonte e rispettarne l'integrità. Al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei formati aperti, l'accessibilità dei dati è applicata anche ai documenti scaricabili che sono in formato leggibile.

Con il GDPR, il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato restando fermo il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento, rispettando l'art. 5 del GDPR.

In particolare, l'Ente – rispettando le disposizioni in materia di protezione dei dati personali così come dettate dal GDPR, dal Codice Privacy e dalle norme specifiche nel predetto ambito – si impegna ad osservare il principio di liceità, correttezza e trasparenza, adeguatezza, minimizzazione dei dati, esattezza, aggiornamento, pertinenza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento e del dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

L'Azienda, prima di mettere a disposizione sui propri siti *web* istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali: (i) verifica che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione, che deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali; (ii) valuta se la finalità di trasparenza e di comunicazione possa essere perseguita senza divulgare dati personali, oppure rendendo pubblici atti e documenti senza indicare dati identificativi, adottando modalità che permettano di identificare gli interessati solo quando strettamente necessario (in tal caso, verranno rispettati i limiti e le condizioni espressamente previsti dalle disposizioni di legge procedendo all'anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti). L'Ente, inoltre, non pubblicherà i dati personali previsti dall'art. 26, comma 4, del D.Lgs. 33/2013, i dati sensibili o giudiziari che non siano indispensabili rispetto alle specifiche finalità della pubblicazione, i dati relativi alla salute e alla vita sessuale, i dati genetici e biometrici. L'ASP IMMeS e PAT non può disporre filtri o altre soluzioni tecniche volte ad impedire ai motori di ricerca *web* di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno delle sezioni.

I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati (tempestivamente e costantemente aggiornati) per un periodo di cinque anni decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto per gli obblighi di pubblicazione concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico (art. 14, comma 2, D.Lgs. 33/2013) e i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione e consulenza (art. 15, comma 4, D.Lgs. 33/2013) per i quali è previsto l'adempimento entro tre mesi dalla elezione o nomina e per i tre anni successivi alla cessazione del mandato o incarico. Alla scadenza del termine dei cinque anni, i documenti, le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio, anche prima della scadenza del termine.

Per garantire l'uniformità di pubblicazione rispettando le regole in materia di protezione dei dati personali, anche nel corso del 2025, il RPCT ha sensibilizzato il personale sull'importanza delle modalità di pubblicazione (già veicolate negli anni precedenti in alcuni corsi di formazione) intervenendo su situazioni meritevoli di attenzione e tale attività proseguirà anche in collaborazione con l'Ufficio Privacy e con il Responsabile della Protezione dei Dati Personali, esterno

44

all'Azienda, che – peraltro – viene già sentito tutte le volte che è necessario provvedere trovando il giusto equilibrio tra privacy e trasparenza.

Inoltre, il RPCT effettua verifiche estemporanee sul sito *web* istituzionale, durante gli incontri di *audit*, secondo la programmazione ivi prevista e anche a seguito di segnalazioni.

Anche nel corso dell'anno 2026, stante l'importanza per l'Ente di rendere sempre più trasparente e fornire tempestive informazioni sull'attività dell'Azienda, si cercherà di dare sempre maggiore rappresentatività alle attività svolte dandone evidenza sul sito *web* istituzionale: per tale ragione, verrà confermata l'indicazione della data di aggiornamento delle sezioni dell'"Amministrazione Trasparente".

➤ **Procedimento di elaborazione e adozione del programma della trasparenza e degli obiettivi di trasparenza: uffici e dirigenti coinvolti nel procedimento**

La sezione "Amministrazione Trasparente" è organizzata in sotto-sezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dalla normativa e viene costantemente e tempestivamente aggiornata.

Il sistema organizzativo dell'Ente, in tema di trasparenza ai sensi del D.Lgs. 33/2013, si basa sulla responsabilizzazione di ogni singola Area/Ufficio/Servizio/Unità Organizzativa e dei relativi dirigenti: i dirigenti sono, infatti, responsabili dell'elaborazione dei dati e delle informazioni di propria competenza e della trasmissione degli stessi all'Ufficio Servizi Informativi per la pubblicazione sul sito *web* istituzionale, affinché vi sia anche un costante e tempestivo flusso di informazioni con il predetto ufficio.

I Dirigenti di Area/Ufficio/Servizio/Unità Organizzativa conoscono le istruzioni per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, adottate da ANAC e dall'anno 2026 avranno l'obbligo di presentare in autovalutazione un aggiornamento all'RPCT sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza volti anche all'implementazione della Piattaforma Unica della Trasparenza.

Per rendere più fluidi e semplificare i rapporti operativi, ogni dirigente responsabile coinvolto ha la facoltà di nominare e assegnare al proprio referente - eventualmente individuato all'interno della unità organizzativa - anche l'onere di assisterlo per le incombenze riguardanti la trasparenza (es. raccolta, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati). In tali casi, il predetto referente è di norma contattato per la gestione e la cura dell'attuazione del PIAO, nella parte relativa alla trasparenza, in vece del dirigente e ha l'onere di riferire e rapportarsi al dirigente che l'ha incaricato di detta funzione con i predetti compiti. È ugualmente onere del dirigente sorvegliare e verificare l'attività del referente in quanto la responsabilità relativa all'attività, pur associata al referente, resta in carico al dirigente che lo ha designato, salvo per le specifiche responsabilità individuali previste dalla normativa vigente.

Nello specifico ed, in sintesi, si dettagliano di seguito i soggetti che ricoprono un ruolo nel programma volto alla massima trasparenza dell'attività amministrativa:

- il **Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi** è la figura coinvolta nel processo di sviluppo del sito *web* istituzionale, ne gestisce i flussi informativi, la comunicazione e i messaggi istituzionali nonché la redazione delle pagine, nel rispetto delle linee guida dei siti web delle pubbliche amministrazioni. È direttamente responsabile: (i) della manutenzione del sito perché ne venga mantenuto un idoneo livello di qualificazione e (ii) della pubblicazione dei dati e delle informazioni, aggiornando e monitorando lo stato di attuazione della sezione "Amministrazione Trasparente";
- il **Responsabile della Performance** individuato nel collaboratore che, in staff alla Direzione Generale, supporta l'Organismo indipendente di Valutazione fungendo da interfaccia tecnica tra l'Organismo stesso, il RPCT, i dirigenti di Area, Servizi, Uffici, UOC e UOS sottoposti a misurazione e il Direttore Generale;
- i **Dirigenti dell'Ente** sono responsabili dei dati e dell'individuazione dei contenuti (compresa la rappresentazione secondo modalità definite) previsti in tema di trasparenza di diretta competenza e dell'attuazione delle relative previsioni nonché della trasmissione agli uffici per la pubblicazione e dell'aggiornamento (ed eventuale modifica) dei dati, informazioni e documenti garantendone la qualità, l'integrità e la conformità agli originali e l'attualità degli stessi, consentendo - in ogni momento - la replicabilità degli stessi (avendo tracciato il processo decisionale). Nel

45

corso del 2026 si chiederà di confermare l'individuazione del soggetto al quale è stata affidata l'attività di validazione secondo le disposizioni di ANAC;

- i **Responsabili dei Servizi/Uffici/Aree/Unità Operative**, fatta salva la responsabilità del dirigente, sono responsabili dell'attuazione del PIAO per la parte di loro competenza; collaborano per la realizzazione delle iniziative volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità ponendo in essere tutto quanto necessario ed opportuno a tali fini;
- l'**Organismo Indipendente di Valutazione** verifica l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità.

Dall'anno 2023, l'Ente ha iniziato a valutare le modalità di informatizzazione, anche graduale, del flusso di pubblicazione delle informazioni e dati sul sito internet dell'Ente, senza riuscire a trovare ancora la soluzione migliore alle esigenze aziendali e di trasparenza: si continuerà a definire con l'Ufficio Sistemi Informativi i tratti salienti delle attività prevedendo tavoli tecnici volti alla definizione del processo e delle modalità per lo svolgimento dell'informatizzazione, con riferimento alla possibilità di configurare almeno un flusso automatico di pubblicazione dei provvedimenti dirigenziali e degli affidamenti diretti firmati. L'obiettivo dell'Ente è quello di progressivamente digitalizzare il flusso informativo per semplificare la pubblicazione e l'aggiornamento dei contenuti cercando di ottenere una integrazione tra i diversi applicativi usati dall'Azienda.

Il RPCT, inoltre, continuerà a collaborare con i dirigenti al fine di adeguare la pubblicazione in *"Amministrazione Trasparente"* secondo le indicazioni di ANAC, per quanto riguarda il contenuto e seguendo gli schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 33/2013 (ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione) approvati e che verranno successivamente definiti da ANAC così da garantire omogeneità e comparabilità di quanto pubblicato. Il RPCT continuerà, inoltre, a formare e sensibilizzare il personale dell'Ente affinché la trasparenza non sia percepita come un semplice obbligo ma come un'opportunità di miglioramento.

46

Nell'Allegato B al PIAO sono mappati gli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 contenuti nei termini per la scadenza per la pubblicazione nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* dei dati e delle informazioni di legge.

➤ **Iniziative di comunicazione della trasparenza: comunicazione interna ed esterna**

Ai sensi della normativa vigente verranno adottate iniziative volte a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità e collegate con quelle previste dai diversi Piani.

La comunicazione interna all'Ente ed esterna all'Azienda è così organizzata.

Nel rispetto dei principi di trasparenza ed integrità precedentemente enunciati, per quanto attiene il sistema della comunicazione interna vi sono: (i) comunicazioni istituzionali, per le quali non vi è possibilità di recesso da parte del destinatario né di risposta e (ii) comunicazioni riservate al personale (da usarsi per avvisi компerti da riservatezza, quali comunicazioni sindacali, comunicazioni di rappresentanze elette negli organi, etc.). L'Ente potrà anche sviluppare ulteriori modalità per diffondere comunicazioni di natura non strettamente istituzionale, es. eventi, iniziative, etc, impostate – ad esempio – come newsletters.

Il principale strumento di comunicazione esterna, come ut supra definitivo, è il sito *web* istituzionale organizzato e gestito privilegiando l'integrità e l'utilizzabilità dell'informazione da parte dell'utente e del cittadino, rispetto alle logiche organizzative interne. La progettazione ed organizzazione del sito *web* istituzionale, anche in termini di usabilità, è effettuata in coerenza con le linee guida per i siti web delle Pubbliche Amministrazioni (es. emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dal Dipartimento per la Funzione Pubblica, dall'Agenzia per l'Italia Digitale).

➤ **Sistema di monitoraggio interno sull'attuazione della sezione trasparenza**

Il RPCT promuove e cura il coinvolgimento di tutti gli uffici dell'Ente per la pubblicazione delle chiare e complete informazioni nonché per il relativo aggiornamento, rispettando i termini prescritti dalla normativa. Il RPCT ha il compito, quindi, di monitorare l'effettiva pubblicazione dei dati e nei casi di mancato, ritardato o parziale adempimento inescusabile degli obblighi di pubblicazione, segnalare il caso alla Direzione, all'OIV, all'ANAC e, per le più gravi inadempienze, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari anche ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità.

Si ricorda che l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Inoltre, l'OIV verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti dalla sezione "*Rischi Corruttivi e Trasparenza*" del PIAO e quelli indicati nella sezione "*Performance*", valutando l'adeguatezza dei relativi indicatori e, come prescritto, verifica la correttezza delle informazioni pubblicate sul sito istituzionale dell'Ente almeno due volte all'anno, secondo quanto impartito da ANAC. Il RPCT, in occasione delle verifiche programmate dell'OIV, collabora con l'OIV stesso e si attiva, segnalando ai responsabili eventuali irregolarità, affinché l'esito delle verifiche sia positivo per l'Ente, mettendo in atto tutte le attività atte ad adempiere le prescrizioni impartite dall'OIV.

Al fine di migliorare e monitorare il sistema della trasparenza, è previsto il potenziamento degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei servizi di gestione dei reclami e della qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate, anche attraverso la pubblicazione periodica dei risultati.

Annualmente viene pubblicato lo stato di attuazione del programma della trasparenza all'interno della Relazione annuale del RPCT e viene effettuato un costante monitoraggio raccogliendo *feedback*, da parte delle unità organizzative responsabili, per il buon avanzamento dello stesso.

➤ **Accesso civico semplice e accesso civico generalizzato**

L'ASP IMMeS e PAT ha pubblicato nella sezione "*Altri contenuti*" della pagina "*Amministrazione Trasparente*", gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste di accesso civico e generalizzato (ai sensi dell'art. 5, comma uno e due, D.Lgs. 33/2013), con i relativi moduli per la richiesta e per l'attivazione del potere sostitutivo, in caso di diniego.

Il RPCT provvederà a inoltrare la richiesta al competente Dirigente responsabile, obbligato alla pubblicazione del dato. Entro trenta giorni dalla data di protocollazione della richiesta, il cui numero assegnato verrà comunicato al richiedente, l'Ente procederà alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmetterà contestualmente al richiedente, ovvero ne comunicherà l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se quanto oggetto di richiesta risulta già pubblicato nel rispetto della normativa vigente, il RPCT indicherà al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9-bis della L. n. 241 del 1990.

Il RPCT segnala all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, al Consiglio di Indirizzo, al Direttore Generale e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare o di altre forme di responsabilità.

L'Ente nel corso dell'anno 2020 ha formalizzato il c.d. registro degli accessi (il "registro"), in coerenza con la determinazione ANAC n. 1309 del 28/12/2016, diffondendo l'informazione a tutti i responsabili delle Aree/Uffici/Servizi/Dipartimenti/Unità Organizzative che per la tipologia di attività trattate possono ricevere istanze di accesso documentale, civico semplice e generalizzato. Il registro è suddiviso per le predette n. 3 tipologie di accesso, viene pubblicato e aggiornato semestralmente con il coordinamento del RPCT al seguente *link*: <https://iltrivulzio.it/trasparenza/accesso-civico>.

Nel corso dell'anno, il RPCT programma degli *audit* volti a verificare la corrispondenza tra le istanze di accesso ricevute dall'Ente e quanto riportato nel registro. Nel corso dell'anno 2026, nell'ambito dell'attività di riorganizzazione e regolazione dell'ASP IMMeS e PAT, il RPCT potrà fornire supporto per l'attualizzazione del regolamento in detta materia.

➤ **Dati ulteriori**

Nella logica di piena apertura verso l'esterno, l'ASP IMMeS e PAT si impegna a pubblicare ulteriori documenti, nella sotto sezione "Altri contenuti" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, coerentemente con quanto previsto dall'art. 4, comma 3 del D.Lgs. 33/2013 unitamente ai provvedimenti adottati dall'Ente che interessano i processi individuati come potenzialmente a rischio dal PIAO.

➤ **Coinvolgimento degli Stakeholder (utenti, fornitori, finanziatori, collaboratori, gruppi di interesse esterni – come i residenti di aree limitrofe all'ASP IMMeS e PAT – o gruppi di interesse locali)**

L'attuazione della disciplina della trasparenza non si esaurisce con la pubblicazione *on line* dei dati, ma prevede anche altri strumenti per promuovere la cultura dell'integrità e favorire lo sviluppo sociale.

L'apporto partecipativo degli *stakeholder* si inserisce, infatti, nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici, propria del ciclo della *performance*. Includere i principali interlocutori significa avviare un processo di confronto che permette all'amministrazione di verificare le aspettative degli *stakeholder* stessi, effettuare scelte consapevoli e mirate ed aumentare, così, la fiducia nei suoi confronti.

L'ASP IMMeS e PAT – oltre alle attività di coinvolgimento già previste tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico – ha ampliato i punti di contatto con i suoi principali *stakeholder* attraverso nuovi canali di comunicazione, con l'utilizzo di social network (es. Facebook e LinkedIn) e l'intento di altresì utilizzare le newsletter e le *Faq*.

Ai fini di sensibilizzare i cittadini e altri soggetti coinvolti all'utilizzo del sito istituzionale dell'Ente affinché siano sfruttate tutte le potenzialità dello stesso – sia dal punto di vista informativo sia di erogazione di servizi *on line* – si valuteranno iniziative che possano essere rivolte non solo a dipendenti e collaboratori ma anche agli utenti esterni.

➤ **Coordinamento con gli obiettivi e gli strumenti della programmazione dell'ASP IMMeS e PAT**

Per perseguire i fini della trasparenza, dell'etica pubblica e della lotta alla corruzione - cui la trasparenza è funzionalmente legata - è importante coordinare i diversi strumenti della programmazione previsti per le pubbliche amministrazioni.

Attraverso la maggiore responsabilizzazione dei Dirigenti e il miglioramento della comunicazione ai propri portatori di interesse circa i risultati raggiunti in termini di *performance*, è possibile garantire adeguati livelli di servizio, un miglior impiego delle risorse e, di conseguenza, *performance* elevate. Come indicato nella sezione denominata "Il coordinamento degli obiettivi specifici con il piano per la prevenzione della corruzione e il Piano delle Azioni Positive", gli obiettivi di trasparenza sono considerati, tenendo in considerazione diversi aspetti: l'aumento del livello di trasparenza sui risultati e sulle attività dell'ASP IMMeS e PAT, il miglioramento della qualità dei contenuti pubblicati *on line*, l'assicurazione di tutti gli adempimenti di trasparenza previsti dal D.Lgs. 33/2013, l'analisi dei provvedimenti di indirizzo e regolazione emessi da ANAC ai fini di considerare l'opportunità di un ulteriore sviluppo di forme di controllo e partecipazione. Stante l'importanza riconosciuta dall'Ente alla trasparenza, l'ASP IMMeS e PAT ha - fin dall'anno 2015 - inserito l'attività svolta ad assicurare la trasparenza e la pubblicazione dei dati tra gli obiettivi contrattualmente stabiliti per ciascun dirigente ai fini della corresponsione dell'indennità di risultato, ferme restando le responsabilità dirigenziali e disciplinari previste in particolare dagli artt. 43-47 del D.Lgs. 33/2013.

2.3.9. Adeguamenti del PIAO e allegati

La presente sezione del PIAO sarà adeguata alle indicazioni che verranno fornite dal Dipartimento della funzione pubblica e dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione e con altri atti di indirizzo.

ALLEGATO A (GRIGLIE DI MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO) E **ALLEGATO B** (ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI): <https://iltrivulzio.it/amministrazione-trasparente/piani-triennali-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza>.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Nella presente sezione vengono illustrate la struttura organizzativa e le attività svolte dall'Ente in termini, in particolare, di organizzazione del lavoro agile, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa, delineata nei documenti sopra richiamati (Statuto e Regolamento di Organizzazione e Contabilità) è articolata, oltre alla Direzione e ai Dipartimenti, in Aree e Servizi e Uffici per l'ambito tecnico-amministrativo e in Unità Organizzative Complesse, Unità Organizzative Semplici e Servizi per l'ambito socio-sanitario. Tutte le unità organizzative sono costituite in modo da garantire l'esercizio organizzato ed integrato delle attività mediante lo svolgimento di funzioni finali – servizi di *line* – rivolte all'erogazione di servizi/attività oppure mediante lo svolgimento di funzioni di supporto – servizi di *staff* – rivolte all'intero apparato.

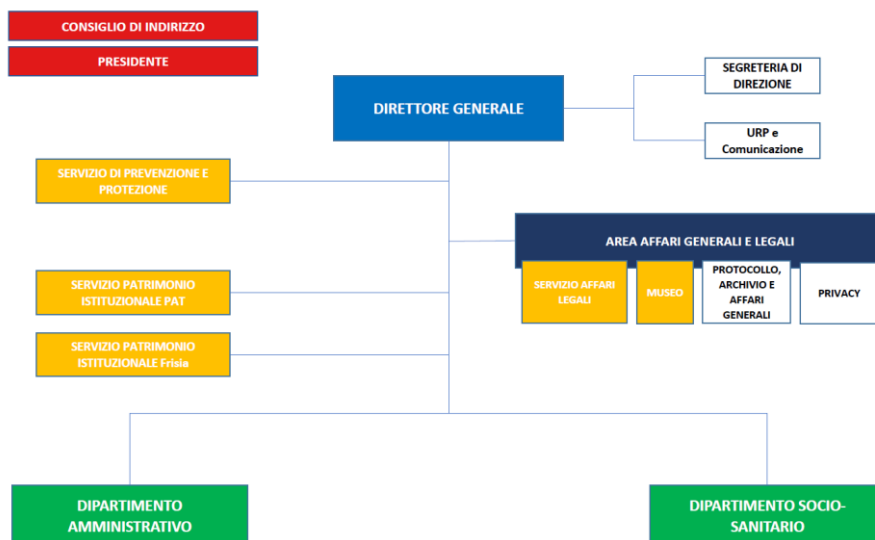
Possono essere inoltre costituite, con apposito provvedimento del Direttore Generale, Unità di Progetto che interessino soggetti appartenenti a diverse Aree, UOC/UOS e Servizi per il raggiungimento di obiettivi riguardanti i diversi ambiti di competenza dell'ASP IMMeS e PAT o per la realizzazione di programmi o progetti di particolare rilevanza strategica.

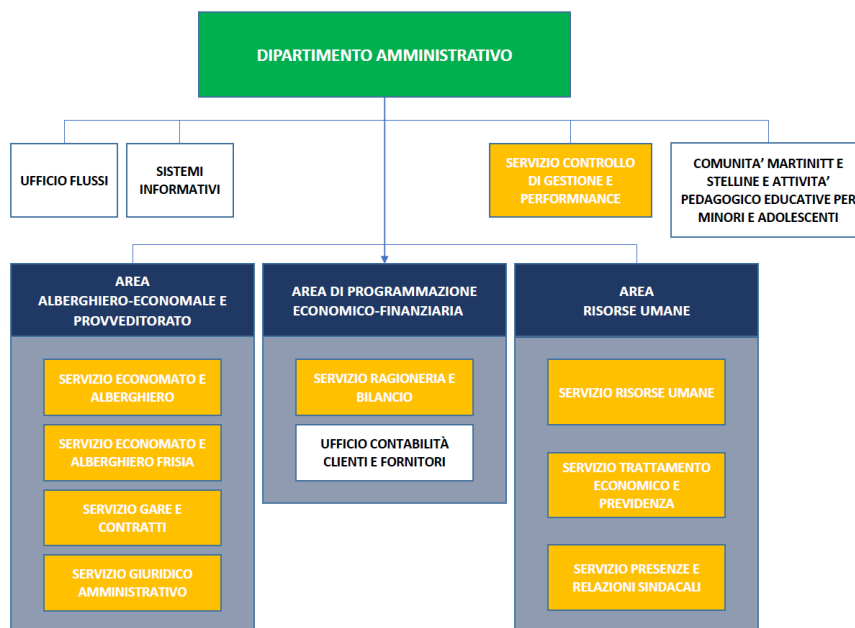
Il Direttore Generale, per esigenze organizzative, può procedere con propria determinazione ad aggregazioni temporanee di unità organizzative.

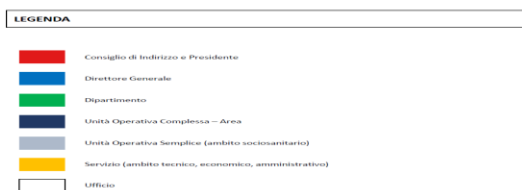
I dirigenti responsabili delle strutture organizzative ricoprono in azienda un ruolo caratterizzato da elevato grado di autonomia, professionalità e potere discrezionale nell'ambito di propria competenza; assumono piena responsabilità nell'utilizzo delle risorse assegnate e nel raggiungimento dei risultati in conformità agli obiettivi aziendali e alle direttive impartite dal Direttore del Dipartimento di appartenenza e dal Direttore Generale; provvedono alla gestione delle articolazioni organizzative di loro competenza ponendo in essere tutti gli atti necessari, anche a rilevanza esterna e sovrintendono e coordinano il relativo personale.

49

L'attuale struttura organizzativa è indicata negli organigrammi sotto riportati:







L'assetto organizzativo è in corso di aggiornamento a fronte di valutazioni in essere anche al fine di garantire un sempre crescente efficientamento dei costi e della gestione delle risorse, quali fattori determinanti per la qualità dei servizi alla persona nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, economicità e del principio del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi nonché a seguito di sopravvenute esigenze di carattere strategico-organizzative.

3.1.1. LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

I livelli di responsabilità definiti dalla struttura organizzativa dell'ASP IMMeS e PAT sono i seguenti:

1. Strutture complesse in ambito tecnico-amministrativo: le Aree

Le Aree in ambito amministrativo sono le unità organizzative apicali e rispondono al Direttore Generale e al Direttore del Dipartimento Amministrativo dei risultati attesi, dell'ottimale utilizzo delle risorse assegnate e promuovono l'innovazione organizzativa, tecnologica e di servizio negli ambiti di competenza.

Le Aree raggruppano Servizi e/o Uffici.

Dell'Area è responsabile un dirigente nominato dal Direttore Generale a seguito delle procedure concorsuali previste dalle norme vigenti. In sede di contratto individuale verrà assegnata una specifica unità organizzativa, potendosi prevedere la rotazione dell'assegnazione anche in corso di contratto.

Il Dirigente responsabile di Area risponde dei risultati conseguiti nei limiti delle funzioni conferite.

2. Strutture complesse in ambito socio-sanitario: Unità Organizzative Complesse (UOC)

Le Unità Organizzative Complesse in ambito socio-sanitario (U.O.C.) sono le unità organizzative apicali e rispondono al Direttore Generale e al Direttore del Dipartimento Socio-sanitario dei risultati attesi, dell'ottimale utilizzo delle risorse assegnate e promuovono l'innovazione organizzativa, tecnologica e di servizio negli ambiti di competenza.

Le U.O.C. raggruppano UOS e Servizi.

Della U.O.C. è responsabile un dirigente nominato dal Direttore Generale a seguito delle procedure concorsuali previste dalle norme vigenti. In sede di contratto individuale verrà assegnata una specifica unità organizzativa, potendosi prevedere la rotazione dell'assegnazione anche in corso di contratto.

3. Strutture semplici in ambito socio-sanitario: Unità Organizzative Semplici (UOS)

Per Unità Organizzativa Semplice (UOS) si intende l'articolazione interna al Dipartimento o alle UOC, dotata di spazi di responsabilità ed autonomia disciplinati dall'atto aziendale, in relazione alla dotazione di risorse (posti letto, personale afferente, etc) ed alla rilevanza strategica in ASP.

Della U.O.S. è responsabile un dirigente, incaricato dal Direttore Generale su proposta del Direttore della UOC di afferenza, con il parere del Direttore del Dipartimento Socio-sanitario, o su proposta del Direttore del Dipartimento Socio-Sanitario in caso di afferenza diretta, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, garantendo principi di accessibilità e trasparenza. In sede di contratto individuale verrà assegnata una specifica unità organizzativa, potendosi prevedere la rotazione dell'assegnazione anche in corso di contratto.

51

4. Servizi

Per Servizi si intendono le articolazioni organizzative, in ambito socio-sanitario o tecnico-amministrativo, per le quali è prevista una diretta responsabilità di risorse umane, tecniche ed economiche. Nel caso di Servizi socio-sanitari e sociali non è prevista la gestione di posti letto.

I Servizi possono dipendere gerarchicamente dalla Direzione Generale o da uno dei Dipartimenti, oppure essere inseriti all'interno di un'Area, di una UOC o di una UOS.

Il Servizio assume compiti specialistici organizzati per la gestione di un insieme ampio e omogeneo di processi ed è caratterizzato da elevata responsabilità di prodotto e risultato.

Al Servizio è di norma preposto un Responsabile che, a seconda di valutazioni tecniche, organizzative e/o di specializzazione, può essere un dirigente o un funzionario, inquadrato in categoria D o DS (Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari).

5. Uffici

Nell'ambito della Direzione Generale e di ciascun Dipartimento, Area, UOC e UOS, oppure nell'ambito di un Servizio, possono essere individuati, secondo criteri di efficienza ed efficacia organizzativa, suddivisioni interne, definite "uffici".

Fermi i livelli di responsabilità sopra definiti, si ritiene opportuno significare che durante l'anno 2025 sono state effettuate le seguenti selezioni per la Dirigenza Medica:

- Concorso per n. 6 Dirigenti medici (disciplina geriatria / medicina interna o equipollenti o affini);
- Concorso per n. 1 Dirigente medico (disciplina cardiologia o equipollenti o affini);
- Concorso per n. 1 Dirigente medico (disciplina malattie dell'apparato respiratorio o equipollenti o affini);

Sono state altresì indette le seguenti selezioni per la Dirigenza Medica e risultano in fase di espletamento:

- Concorso per n.1 Dirigente Medico (disciplina cardiologia o equipollenti o affini);
- Concorso per n. 1 Dirigente Medico (Medicina del Lavoro).

Durante l'anno 2025 sono state, inoltre, espletate le seguenti procedure di selezione interna per il conferimento di incarichi di Responsabile di Unità Operativa Semplice ai sensi dell'art. 19 del CCNL Area Sanità sottoscritto in data 19/12/2019:

- Avviso interno, con valutazione comparativa dei curricula ed eventuale colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico di durata quinquennale rinnovabile, di Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa Semplice UOS Farmacia.

Per quanto invece riguarda l'Area Funzioni Locali sono state espletate le seguenti selezioni:

- concorso Pubblico, per titoli ed esami, per n. 1 posto a tempo indeterminato e pieno, di Dirigente Tecnico da assegnare ai Sistemi Informativi;
- selezione di un Dirigente da assumere con contratto di lavoro a tempo determinato della durata di 3 anni a cui conferire l'incarico di Dirigente Responsabile dell'Area di Programmazione Economico - Finanziaria dell'Ente;
- avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per la stipula di n.1 contratto a tempo determinato e pieno della durata di 12 mesi di Dirigente Tecnico da assegnare all'Ufficio Patrimonio;
- avviso esplorativo per manifestazione di interesse a partecipare alla procedura di selezione di un Dirigente Responsabile del Servizio Sicurezza dell'Azienda a tempo determinato e pieno.

Sono state altresì indette le seguenti selezioni per l'Area Funzioni Locali:

- concorso Pubblico per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato e pieno di Dirigente Amministrativo da assegnare all'Area Risorse Umane (revocato con Determinazione n. ARU2025254 del 29 ottobre 2025);
- concorso n. 1 Dirigente Amministrativo da assegnare all'Area di Programmazione Economico Finanziaria;
- concorso Pubblico per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato e pieno, di Dirigente amministrativo da assegnare al Servizio Ragioneria e Bilancio.

Nelle more dell'espletamento delle procedure di cui sopra, si riporta tabella riepilogativa delle posizioni dirigenziali al 31/12/2025:

Ruolo	Tipologia di Incarico	Numero
sanitario	Direttore di Struttura Complessa	6*
sanitario	Direttore di Struttura Complessa con incarico di sostituzione (art. 22 CCNL Area Sanità vigente)	2
sanitario	Dirigente sanitario con incarico di UOS	7
sanitario	Dirigente con incarico professionale di alta specializzazione	6
sanitario	Dirigente con incarico professionale di studio, ricerca	23
sanitario	Dirigente con incarico professionale di base	12
amministrativo	Direttore di Struttura Complessa	2
amministrativo	Dirigente con incarico di natura professionale	3
professionale	Dirigente con incarico di natura professionale	1
tecnico	Dirigente con incarico di natura professionale	3
		Totale 65

* di cui n. 1 posizione in aspettativa senza assegni a seguito di nomina a Direttore Socio Sanitario di ATS Bergamo.

Al 31/12/2025 risultano coperti i seguenti incarichi di funzione del personale del comparto:

53

Ruolo	Tipologia di Incarico	Numero
amministrativo	Incarico di funzione organizzativa (ex posizione organizzativa)	4
sanitario	Incarichi infermieristici di funzione organizzativa (valore annuo lordo per 13 mensilità: 9.000,00 €)	7
sanitario	Incarico riabilitativo di funzione organizzativa (valore annuo lordo per 13 mensilità: 4.000,00 €)	3
sanitario	Incarichi infermieristici di funzione organizzativa (valore annuo lordo per 13 mensilità: 4.500,00 €)	15

Totale 29

L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio è ripartita come segue:

UOC	UOS	AREA	SERVIZIO
116	51	47	12

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1. PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

Con la legge di conversione del c.d. "decreto rilancio", n. 77 del 17 luglio 2020, il legislatore ha introdotto nell'ordinamento giuridico il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (da ora in poi solo "POLA"), apportando una modifica all'art. 14 della legge n. 124/2015 (e successive modificazioni) che ha istituito, per la prima volta, il lavoro agile. La materia è stata oggetto di approfondimenti e analisi a livello legislativo e di contrattazione.

L'Azienda, nel corso del triennio 2026 – 2028, avrà la necessità di approfondire con valutazioni professionali e tecniche la possibilità di applicazione del lavoro agile compatibilmente con le necessità di presidio costante delle attività svolte dall'Ente e verrà collegato al sistema di misurazione della performance.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31/12/2025

Al 31/12/2025 erano presenti 1.341 lavoratori. Di questi l'79 % ha un contratto di lavoro subordinato e il 21 % un contratto libero professionale.

Tipologia contratto	Totale %	Totale	Donne	Uomini	% Donne	% Uomini
Dipendenti	78,9%	1057	756	301	71,5%	28,5%
Lp	21,1%	284	145	139	51%	49%
Totale complessivo	100%	1341	901	440	67,2%	32,8%

Dei 1057 dipendenti, il 93% ha un contratto a tempo indeterminato e il 7% ha un contratto a tempo determinato.

Anno 2025	Totale %	Totale	Donne	Uomini	% Donne	% Uomini
TEMPO DETERMINATO	7%	73	62	11	85%	15%
TEMPO INDETERMINATO	93%	984	694	290	70,5%	29,5%
Totale complessivo	100%	1057	756	301	71,5%	28,5%

I profili professionali maggiormente rappresentati in Azienda sono: operatore socio sanitario (35,1%), infermiere (15,7%) e operatore tecnico (14,6%).

54

Profilo prof.le	Totale %	Totale	Donne	Uomini	% Donne	% Uomini
Altro personale	1,9	20	8	12	40,0	60,0
Amministrativi	9,6	102	68	34	66,7	33,3
Animatori	1,2	13	11	2	84,6	15,4
Assistenti sociali	0,3	3	3		100,0	0,0
Dirigenti amministrativi	0,9	9	5	4	55,6	44,4
Dirigenti medici e sanitari	5,4	57	44	13	77,2	22,8
Educatori	2,7	29	16	13	55,2	44,8
Infermieri	15,7	166	121	45	72,9	27,1
Operatore Tecnico	14,6	154	81	73	52,6	47,4
Operatore Socio Sanitario	35,1	371	288	83	77,6	22,4
Operatore Tecnico Geriatrico	5,3	56	47	9	83,9	16,1
Tecnici di riabilitazione	7,3	77	64	13	83,1	16,9
Totale complessivo	100,0	1057	756	301	71,5	28,5

3.3.2 IL FABBISOGNO TRIENNALE DEL PERSONALE 2026/2028

La definizione del Fabbisogno Triennale del Personale si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa ed è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Il mutamento degli assetti organizzativi aziendali e dei collegati processi gestionali e operativi, determinatasi per l'attivazione di processi di efficientamento aziendale, ha reso necessario procedere con definire un piano di fabbisogno triennale del personale al fine di rendere coerente e funzionale la consistenza del personale alle scelte strategiche e programmatiche aziendali, in uno scenario di riattivazione incrementale delle unità di offerta al fine di garantire la salvaguardia dei livelli qualitativi e quantitativi dei servizi aziendali nell'ambito del perseguimento degli obiettivi volti alla progressiva riduzione dei servizi esternalizzati tramite espletamento di procedure concorsuali per l'individuazione di nuove risorse.

Si precisa che il PIAO 2026/2028 è stato redatto tenendo conto dei seguenti criteri:

- attuazione del nuovo assetto organizzativo;
- prevista collocazione in quiescenza del personale;
- rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato presenti in Azienda;
- procedure selettive in fase di espletamento.

La pianificazione di fabbisogno di personale dovrà tenere conto, in particolare, della prossima riapertura del reparto Pio composto da 4 nuclei di 82 posti letto totali di cui 72 di RSA ordinaria e 10 letti di post acuta.

Ciò premesso viene definito il Piano del Fabbisogno del Personale per il triennio 2026/2028, come di seguito riportato:

CCNL Applicato e profilo professionale	N° unità di fabbisogno 2026 - 2028
Comparto Sanità	
Infermiere - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	17
Operatore Socio Sanitario - Area degli Operatori	81
Fisioterapista - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	2
Terapista occupazionale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	-
Dietista - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	-
Assistente Sociale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	3
Animatore Sociale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	1
Collaboratore tecnico professionale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	1
Assistente tecnico - Area degli assistenti	-
Operatore tecnico specializzato - Area degli operatori	8
Operatore Tecnico - Area del personale di supporto	10
Collaboratore amministrativo - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	3
Assistente amministrativo - Area degli assistenti	15
Coadiutore amministrativo senior - Area degli operatori	1
TOTALE	142
Dirigenti (Area Sanità e Area Funzioni Locali)	
Amministrativi, Tecnici e Professionali	7
Psicologi	1
Farmacisti	-
Medico Direttore UOC	1
Medici	8

55

TOTALE	17
Comparto Funzioni Locali	
Educatore - area dei funzionari e dell'elevata qualificazione	2
Collaboratore di Comunità	1
TOTALE	3

Totale complessivo	162
---------------------------	------------

Il predetto piano di fabbisogno del personale potrà variare in considerazione di eventuali cessazioni di contratti di lavoro subordinato che si verificheranno nel corso del 2026.

Non sono previste sostituzioni di dipendenti che per gravi motivi di salute siano stati ricollocati in servizi differenti da quelli di assegnazione originaria.

3.3.3. OBIETTIVI DI TRASFORMAZIONE DELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

L'ASP IMMeS e PAT si pone come obiettivo, al fine di garantire la salvaguardia dei livelli qualitativi e quantitativi dei servizi aziendali, quello di valorizzare il proprio personale ricercando soluzioni interne all'amministrazione, sia con adeguata formazione, e sia attraverso la modifica dell'allocazione dei dipendenti volta alla promozione delle attitudini e capacità dei medesimi e orientata allo sviluppo trasversale delle conoscenze e competenze nei diversi *setting* aziendali. Il principio di valorizzazione delle competenze del personale si coniuga con l'art.1, co. 5, lett. b) della Legge n. 190/2012, la cui *ratio* è evitare che un soggetto sfrutti una posizione di potere o una conoscenza acquisita per ottenere un vantaggio illecito con il fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Per queste ragioni l'Azienda, tenuto conto del principio di rotazione ordinaria del personale, vigilerà sulle attività al fine di attuare anche nel corso dell'anno - a seguito di eventuali nuovi assetti organizzativi - le regole per la piena attuazione della rotazione ordinaria, tenuto conto, anche, delle necessità fisiologiche al buon andamento, la continuità dell'azione amministrativa mediante la previsione di idonea formazione nonché del corretto passaggio di consegne o dell'applicazione delle misure alternative alla rotazione così come indicate da ANAC.

3.3.4. STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

Le iniziative finalizzate alla copertura del fabbisogno riguardano:

1. soluzioni interne all'amministrazione: mediante modifica dell'allocazione del personale in modo tale da rendere l'attività posta in essere dalle risorse trasversale a più attività;
2. concorsi pubblici;
3. soluzioni esterne all'amministrazione quali fra gli altri esternalizzazione dei servizi socio-assistenziali in alcuni reparti;
4. rapporti convenzionali con altri Enti (con particolare riferimento a Enti Universitari);
5. ricorso a forme flessibili di lavoro:
 - mediante assunzione di personale a seguito di avviso per un posto a tempo determinato nel rispetto di quanto previsto dall'art 50 e del CCNL Sanità del 27.10.2025,
 - libero professionisti.

Si evidenzia, inoltre, che per sopperire alla carenza di medici, l'Azienda ha applicato il "Decreto Calabria" (art. 1, comma 548 bis della Legge n. 145/2018) che consente alle aziende sanitarie di potere procedere all'assunzione a tempo

determinato di medici specializzandi con conversione del rapporto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità.

3.3.5 POLITICHE FORMAZIONE DELL'ASP IMMES E PAT

L'ASP IMMES e PAT ha messo a punto un sistema coerente per l'assicurazione del sistema di formazione dei Dipendenti: con il Provvedimento del Commissario Straordinario n.26/2025 del 20 febbraio 2025 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Formativo Aziendale 2025-2026 e determinazioni connesse" è stato approvato il relativo Piano Formativo Aziendale 2025-2026 con collegamento alle procedure operative di qualità.

Il Piano Formativo Aziendale (di seguito anche "PFA") si pone come obiettivo la valorizzazione delle risorse umane, della qualità dei processi assistenziali, in un'ottica di miglioramento e sviluppo dell'organizzazione.

Il PFA da una parte rinnova l'interesse al consolidamento delle competenze e del know-how specialistici sviluppati, tanto nell'ambito delle pratiche cliniche ed assistenziali di cura, quanto nelle misure di gestione e contenimento della diffusione degli agenti patogeni, valorizzando le competenze acquisite nello svolgimento dell'attività caratteristica e, dall'altra parte, incentiva l'impegno verso una progettualità quanto più completa e trasversale, sia in campo sanitario che tecnico-amministrativo, capace di corrispondere, secondo principi di massima appropriatezza, all'esigenza delle diverse professionalità interne di accrescere le proprie conoscenze e competenze sia in termini qualitativi, che in termini quantitativi.

In particolare, il PFA tende a conciliare gli obiettivi strategici dell'Azienda con l'esigenza di promuovere e supportare lo sviluppo formativo e professionale del personale, secondo un'architettura che muove da una fase di puntuale analisi dei fabbisogni e delinea perimetralmente un modello nel quale confluiscono gli obiettivi della formazione continua (ECM) e quelli più specificamente aziendali, delineabili in tre macro-aree, come in appresso definite: (i) Obiettivi formativi tecnico-professionali; (ii) Obiettivi formativi di sistema; (iii) Obiettivi formativi di processo.

L'unione dei due elementi costituisce il perno della progettualità, risultando fondamentale addivenire ad un corretto temperamento tra i bisogni formativi dell'impresa e dei discenti. Altrettanto fondamentale è l'obiettivo di riuscire a tradurre la formazione nella pratica dell'attività lavorativa, individuando aree e metodologie d'intervento che siano concretamente indirizzate allo sviluppo ed all'implementazione dei saperi e delle capacità individuali in coerente declinazione dei risultati aziendali attesi.

Anche il PFA, in fase di definizione per il 2026, si porrà in continuazione con le attività formative previste dal PFA 2025/2026 e terrà presenti anche le ultime indicazioni del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

La proposta formativa di natura sanitaria, seppur progettata per ottenere una diffusione trasversale e volta alla valorizzazione di un nuovo modello di formazione denominato di "team innovation" (ovvero la creazione di gruppi di lavoro efficienti principalmente a carattere multi-professionale), trova ovviamente anche un livello di modulazione basato sulla profilazione professionale dei singoli, considerata l'esigenza di raggiungere l'intera platea delle categorie di operatori di settore che formano la popolazione aziendale con l'obiettivo prioritario di garantire, attraverso l'apprendimento e l'addestramento, la corretta preparazione per la migliore gestione dell'attività lavorative e conferire gli strumenti funzionali all'erogazione dei servizi istituzionali secondo standard professionali di elevata qualità.

Accanto ai due pilastri fondamentali che delimitano il perimetro del programma formativo nel settore sanitario e socio-sanitario, rimane ferma la pianificazione delle attività didattiche nelle materie obbligatorie, quali la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08, l'antincendio e l'anticorruzione e la trasparenza, nonché le ulteriori discipline specialistiche per specifiche categorie di lavoratori.

Le iniziative didattiche del PFA sono pensate per raggiungere una diffusione sempre più capillare, secondo un sistema a "cascata", ovverosia incontrare, in prima istanza ed in modo sincrono, il target primario a cui sono rivolti e successivamente, con l'impiego anche della tecnologia *webinar*, giungere ad una più ampio spettro di soggetti costituenti un target secondario, ovverosia coloro i quali che, pur non costituendo la platea elettiva dell'evento, opzionano la fruizione contenutistica sulla base di un interesse individuale.

57

Sul fronte della fruizione tecnologica della formazione e del connesso ampliamento delle possibilità di beneficiare dell'offerta formativa aziendale, secondo un approccio basato sulla personalizzazione in termini di contenuti e tempistiche, il PFA rappresenta un banco di prova per lo sviluppo di un sistema interno basato su una piattaforma contenutistica integrata ed automatizzata, che consenta, parallelamente allo svolgimento in presenza di eventi di primario interesse, l'erogazione dei servizi on-demand e l'ottimizzazione dei contributi formativi attraverso la selezione delle migliori professionalità didattiche e le più evolute metodologie divulgative.

Trovano quindi ingresso strutturale nel PFA gli innovativi strumenti di diffusione tesi ad agevolare i percorsi formativi per gli operatori sanitari, socio-sanitari e amministrativi, quali:

1. Incontri in Conference Call;
2. FAD.

In conclusione, il Piano Formativo Aziendale è fondato sulla consapevolezza che l'attività formativa può rappresentare per l'ASP IMMeS e PAT un asset strategico di nodale importanza, costituendo un patrimonio di scienza e conoscenza in grado di garantire le condizioni prodromiche al corretto ed efficiente funzionamento di una complessa realtà aziendale impegnata in ambito sanitario e socio-sanitario, ancor di più se chiamata a rispondere a sfide di straordinaria portata come quelle che l'emergenza sanitaria connessa alla pandemia ha imposto nell'ultimo biennio. Muovendo da tale postulato, il PFA 2025-2026 si proporrà con la connotazione di tecnostuttura orientata a ricomporre coerentemente i saperi specifici all'interno del governo delle responsabilità aziendali e delle specifiche funzioni e competenze organiche. Da ultimo, si sottolinea come l'affermazione del costante impegno profuso dall'Azienda al fine di mantenere al centro della matrice strategica il sistema formativo aziendale, anche in contesto emergenziale, abbia trovato naturale riconoscimento con l'adozione, da parte della competente Autorità regionale con il quale quest'ASP IMMeS e PAT ha ottenuto la conferma dell'accreditamento standard in qualità di Provider ECM.

Si può, quindi, certamente affermare che il PIAO rappresenta un elemento del sistema di assicurazione della qualità e formazione di cui l'ASP si è dotato a supporto del continuo miglioramento e del rafforzamento della responsabilità verso l'interno e l'esterno.

58

4. MONITORAGGIO DEL PIAO 2026-2028

Gli attuali strumenti di rendicontazione attualmente implementate per i singoli ambiti e per il PIAO complessivamente considerato sono, di seguito, riportate:

Ambito	Modalità di monitoraggio	Titolare
Performance	- Definizione obiettivi; - Monitoraggio e rendicontazione annuale; - Performance organizzativa ed individuale; - Valutazione annuale.	Ufficio Controllo di Gestione e Performance
Anticorruzione e Trasparenza	- Monitoraggio semestrale attraverso <i>Audit</i> , - Rendicontazione annuale attraverso specifica Relazione.	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza
Benessere organizzativo e modalità di lavoro: POLA	Approfondimenti con valutazioni professionali e tecniche sulla possibilità di applicazione del lavoro agile compatibilmente con le necessità di presidio costante delle attività svolte dall'Ente e verrà collegato al sistema di misurazione della performance. Monitoraggio attraverso la somministrazione di questionari relativi al benessere organizzativo.	Area Risorse Umane e Direzione Generale
Fabbisogni di personale	Attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni	Area Risorse Umane
Formazione	Attuazione del Piano della Formazione	Dipartimento Socio-Sanitario – Ufficio Formazione

Accessibilità e inclusione: PAP	Relazione annuale pubblicata nel portale CUG	CUG
PIAO (coordinamento tra le diverse sezioni)	Una volta all'anno per verificare lo stato di attuazione del PIAO e programmare i successivi adempimenti e in occasione della revisione degli obiettivi strategici in corso d'anno.	RPCT e tutti gli altri responsabili delle diverse sezioni

Ferme restando le competenze di ciascun responsabile per gli ambiti di rispettiva competenza, è previsto nel PIAO un programma di monitoraggio integrato tra le diverse sezioni del documento medesimo, che potrà essere suscettibile di variazioni sia nel corso del triennio sia nel corso dell'anno 2026. Il predetto monitoraggio viene attuato attraverso il coordinamento tra il RPCT e i responsabili delle altre sezioni del PIAO, confermando e valorizzando il ruolo del RPCT che già, per diversi ambiti, si confronta con i diversi responsabili interni e soggetti esterni, che a diverso titolo, ricoprono un ruolo significativo per l'Ente. Il RPCT ha coordinato la partecipazione dei soggetti a diverso titolo coinvolti in fase di predisposizione, pianificazione e monitoraggio avendo così la necessaria visione di insieme. Nel corso dell'anno 2026, una volta che sarà approvato da ANAC il Piano Nazionale Anticorruzione 2025 – 2027, l'Azienda si adopererà fin da subito ad organizzare le attività interne volte a dare a piena attuazione a quanto indicato nel predetto documento in coordinamento con le Linee Guida 2025 sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione e sul Report del PIAO (di recente adozione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica).