Allegato
deliberazione n. 1/CdI
del 30/01/2026

AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA “GOLGI-REDAELLI”

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’ E ORGANIZZAZIONE *PIAO* 2026-2028

APPROVATO CON DELIBERAZIONE CDI N. 1 DEL 30.01.2026

Sommario

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE 2
L'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli" 2
Il contesto esterno 2
Il contesto interno 4
Mappatura dei processi aziendali 6
Dotazioni strumentali per l'automazione d'ufficio 7
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 7
SOTTOSEZIONE: VALORE PUBBLICO 7
SOTTOSEZIONE: PERFORMANCE 12
SOTTOSEZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 29
Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio - anno 2025 29
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 30
SOTTOSEZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA 30
SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 30
SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE 32
Piano triennale dei fabbisogni 32
Formazione del personale 39
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO 40

Allegati:

1 – PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLE CORRUZIONE E LA TRASPARENZA Triennio 2026-2028

2 – PIANO DI AZIONI POSITIVE Triennio 2026-2028

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli"

Sede legale: via Bartolomeo d'Alviano, 78 – 20146 Milano

Sedi operative:

- Istituto P. Redaelli di Milano – v. Bartolomeo d'Alviano, 78 – Milano
- Istituto P. Redaelli di Vimodrone – v. Leopardi, 3 – Vimodrone (MI)
- Istituto C. Golgi – P.zza Samek Lodovici, 5 – Abbiategrasso (MI)

Contatti: Sono rinvenibili sul sito aziendale www.golgiredaelli.it.

Il contesto esterno

Il ricorso da parte dell'utenza ai servizi erogati ed alle prestazioni aziendali (con precipuo riferimento alle attività di ricovero residenziale – RSA) appare sicuramente influenzato dalle ricadute sulle famiglie del crescente incremento del costo della vita, come pure dalla presenza di un'estesa rete di competitors sul territorio, particolarmente per quanto riguarda il bacino di utenza che interessa l'Istituto di Abbiategrasso, che spesso offre i propri servizi a con- dizioni maggiormente favorevoli, avvalendosi anche delle possibilità collegate alla propria natura di soggetti privati (infatti, la natura giuridica pubblica rivestita rende l'Azienda non concorrenziale rispetto ad altre realtà non gravate dai vincoli caratteristici della Pubblica Amministrazione e che possono, quindi, più agilmente adattarsi alle sopravvenienti esigenze di mercato).
Né giova il fatto che gli stakeholders istituzionali, Comune e Regione, non provvedano – per quanto di rispettiva competenza - ad un ritocco al rialzo delle tariffe contrattualizzate o perlomeno ad apportare correttivi utili a gestire il divario fra crescenti costi di gestione e mancati adeguamenti tariffari.
Non si devono, inoltre, trascurare le ricadute della contingenza economica generale sulla redditività del patrimonio aziendale destinato alla locazione a terzi, o inseriti in piani di alienazione evidenziandosi spesso uno scarso interesse del mercato all'acquisizione. Anche le locazioni subiscono effetti negativi: da una parte c'è scarso interesse all'offerta di nuove locazioni di unità immobiliari sfitte, dall'altra si evidenziano difficoltà ad introitare i canoni pattuiti per unità immobiliari già locate.
Il contesto esterno impatta grandemente anche sotto il profilo dell'incremento esponenziale dei costi collegati alla componente energetica ed al personale, che rendono di per sé sostanzialmente molto difficile, se non impossibile, un bilanciamento fra spese e introiti a sostegno dell'azione aziendale (si rammenta, al proposito, che l'ASP non è destinataria di forme di compensazione dirette o indirette, come invece le Aziende Sanitarie, per la copertura dei maggiori costi delle risorse umane per l'applicazione dei nuovi CCNL o dei prezzi per l'adeguamento all'indice inflattivo in crescita) o comunque di forme di sostegno che consentano il mantenimento della qualità dei servizi erogati, né può contare su introiti derivanti da imposte, tasse o contributi – per esempio, l'Agenzia delle Entrate non ritiene le ASP tra i soggetti aventi diritto al beneficio del 5permille - né fruisce di contribuzioni pubbliche o di altri trasferimenti di risorse a copertura di disavanzi o eventuali ed eccezionali costi gestionali.
Inoltre, l'azione aziendale - in linea con gli attuali trend di mercato per le professioni sanitarie – risente fortemente delle difficoltà di reperimento del personale necessario al funzionamento dei reparti e alla corretta gestione della totalità dei posti letto teoricamente occupabili, e ultimamente risulta poco attrattiva anche in sede di reclutamento di personale in possesso di capacità e qualifiche tecniche e amministrative.
Con riferimento al contesto esterno in cui opera l'Azienda, sia in relazione al territorio di riferimento, sia alle possibili relazioni con i portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività, anche con specifico riferimento alle strutture da cui la stessa è composta, e richiamati i prevalenti ambiti di intervento dell'ASP, i principali soggetti che interagiscono con la medesima possono essere in via non esaustiva così individuati:

- utenti in senso lato (ospiti, familiari, pazienti, care givers)
- soggetti convenzionati / destinatari di accordi diversi
- associazioni di volontariato e terzo settore

- inquilini di stabili /affittuari fondi rustici
- fornitori di beni e servizi/imprese esecutrici di lavori
- amministrazioni aggiudicatrici (ivi comprese le centrali di committenza e i soggetti aggregatori) e altri soggetti aggiudicatori;
- organizzazioni sindacali dei lavoratori
- Comune di Milano, di Vimodrone e di Abbiategrasso
- Enti locali in cui insistono i cespiti immobiliari afferenti ai fondi rustici
- altre pubbliche amministrazioni e soggetti istituzionali
- Regione Lombardia
- organismi di diritto pubblico diversi
- concessionari di lavori e servizi pubblici
- operatori economici diversi
- soggetti del Sistema di qualificazione

Inoltre l'Azienda si relaziona, in maniera diffusa, con la pluralità dei cittadini, in quanto destinataria di richieste e segnalazioni, anche a carattere riservato, nelle varie materie di sua competenza. Le segnalazioni possono determinare, previa apposita valutazione, l'avvio di specifici procedimenti il cui esito viene comunicato ai soggetti interessati.
L'ASP esplica le proprie attività in un contesto normativo dinamico ed in costante evoluzione, e fortemente condizionante. In particolare, all'atto dell'aggiornamento del presente Piano, si ritiene di evidenziare le seguenti principali norme:

- L. R. 1/2003, fondativa delle Aziende di Servizi alla Persona, e correlato Regolamento regionale di attuazione
- Legislazione vigente in materia di sanità pubblica
- Legislazione vigente in materia di appalti e contratti
- Legislazione regionale in materia di accreditamento delle strutture socio-sanitario-assistenziali
- Legislazione vigente pro-tempore in materia di formazione per le pubbliche amministrazioni
- Legislazione, linee-guida, previsioni regionali in materia di accreditamento, contrattualizzazione delle Unità d'Offerta ed erogazione di eventi formativi ECM
- Decreti ministeriali, Linee-Guida e Regolamenti correlati
- Legislazione vigente pro-tempore in materia di P.A./applicabile alla P.A.
- Normativa vigente pro-tempore in materia di protezione dei dati personali
- Normativa vigente pro-tempore in materia di tutela della salute e protezione del lavoratore
- Normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione
- CCNL di riferimento

Ai fini della **rilevazione del rischio corruttivo**, analogamente agli anni precedenti, non risultano, per quanto di conoscenza, dinamiche territoriali o fattori locali particolarmente idonei a determinare potenziali rischi corruttivi e/o di condizionamento delle attività istituzionali, né per il pregresso l'esercizio di particolari pressioni od influenze tali da incidere sull'operato e sulla gestione delle attività poste in essere.

Inoltre, l'organizzazione aziendale, le strategie e gli obiettivi, i ruoli e le responsabilità, le regole ed i provvedi-menti di tutela e di controllo adottati anche con l'approvazione del "Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo" (al quale si fa espresso riferimento) favoriscono il mantenimento di assetti non idonei allo sviluppo di una cultura permeabile ad influenze corruttive e, più in generale, non etiche, anche con riferimento alle attività di carattere socio-sanitario e assistenziale che rappresentano il core della mission istituzionale.
Peraltro, al bisogno e al fine di meglio comprendere ulteriori dinamiche relazionali che possono influenzare – in termini di rischio corruttivo – l'amministrazione, e meglio definire anche l'analisi del contesto esterno in cui si sviluppa l'azione aziendale, nell'ottica di realizzare forme di consultazione volte al reperimento di informazioni utili alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda, è sempre possibile attivare processi preliminari interni volti, in particolare a *verificare se e in quali ambiti o aree di intervento sia opportuno/necessario l'interpello

di soggetti esterni e, in caso positivo, a *definire quali categorie di soggetti coinvolgere per area di intervento, *enucleare i contenuti delle richieste da sottoporre ai soggetti prescelti, *individuare modalità e strumenti di acquisizione dei contributi degli interessati.

Il contesto interno

L'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi Redaelli" si è costituita nell'ottobre del 2003 a seguito della fusione, per incorporazione, delle tre Istituzioni precedentemente amministrate dalle IIPPAB ex ECA di Milano (Luoghi Pii Elemosinieri, Redaelli e Golgi, ai sensi della L.R.1/2003); è ente di diritto pubblico con sede legale in Milano, via Bartolomeo d'Alviano, 78 e con sedi operative (Istituti Geriatrici) in Milano, via Bartolomeo d'Alviano 78, in Vimodrone, via Leopardi 3 ed in Abbiategrasso, P.zza Samek Lodovici 5.
L'Azienda è dotata di piena autonomia statutaria, regolamentare, patrimoniale, contabile, tecnica e gestionale, nell'ambito delle disposizioni vigenti.

L'organizzazione dell'Azienda ed il suo funzionamento - a norma delle disposizioni di legge e dello Statuto vigenti - sono uniformati ai principi:

- della distinzione tra responsabilità di indirizzo dell'azione amministrativa e gestionale dell'Azienda, della definizione degli obiettivi e dei programmi della stessa, spettante agli Organi di direzione politica, e della responsabilità di gestione amministrativa, tecnica e finanziaria spettanti al Direttore Generale/Legale Rappresentante e ai Dirigenti;
- della trasparenza dell'attività amministrativa, dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- della programmazione delle attività ed idoneità organizzativa dell'istituzione, al fine di erogare prestazioni conformi al piano di intervento regionale;
- della responsabilità ed unicità dell'amministrazione.

Mission istituzionale e scopi statutari:

L'Azienda mira, in via prioritaria, a soddisfare bisogni di salute, di assistenza e di supporto riferibili prevalentemente alla popolazione anziana residente nel territorio del Comune di Milano e della relativa Provincia e di tutta la Regione Lombardia.
Allo scopo gestisce, fra gli altri, servizi di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e territoriale erogando prestazioni diversificate afferenti agli ambiti degli interventi sanitari e di protezione sociale, anche attraverso percorsi riabilitativi ed assistenziali integrati. L'attività si esplica, in particolare ma non in via esaustiva, nei seguenti settori:

1. assistenza sanitaria, con prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione
2. assistenza socio-sanitaria, anche ad elevata integrazione sanitaria
3. assistenza sociale
4. istruzione, formazione ed aggiornamento professionale, con attività di didattica anche nell'ambito della formazione permanente
5. prevenzione, studio e ricerca, anche di carattere epidemiologico, clinico e sociale
6. conservazione, tutela, integrazione, valorizzazione e divulgazione del proprio patrimonio

di interesse storico, artistico e culturale.

A supporto delle finalità istituzionali la A.S.P. svolge attività strumentali e correlate allo svolgimento delle prestazioni e all'erogazione dei servizi, tra cui la gestione del patrimonio immobiliare.
L'A.S.P., in linea con le vigenti disposizioni di legge, partecipa inoltre alla predisposizione degli strumenti di programmazione regionale e costituisce un elemento basilare del sistema socio-sanitario integrato e della relativa rete dei servizi, concorrendo allo sviluppo della solidarietà tra generazioni.

Servizi e prestazioni:

L'Azienda opera, in regime di accreditamento e a contratto con il SSR in qualità di Ente Unico Gestore, anche per la presa in carico della cronicità, offrendo in particolare il seguente range di servizi:

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Centro Diurno Integrato (CDI) - RSA Aperta - Nucleo Alzheimer RSA - Cure Intermedie ex Riabilitazione Alzheimer - CDCD (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, ex UVA) - RSA aperta Alzheimer

- Ciclo Diurno Continuo (CDC) - Cure Intermedie Residenziali - Servizio Riabilitativo Ambulatoriale - Day Hospital - Assistenza Domiciliare Integrata - Servizi ambulatoriali e diagnostici - Nucleo Hospice - Nucleo Stati Vegetativi - Parkinson - Alloggi protetti per anziani autonomi - Unità Riabilitativa dell'Età Evolutiva - Counseling per l'autismo e i disturbi generalizzati dello sviluppo – Servizio di Medicina di Laboratorio.

L'Azienda opera anche nel settore della ricerca, in particolare nell'ambito delle neuropatologie degenerative e
dell'invecchiamento cerebrale, in partnership con la Fondazione "Golgi-Cenci" in Abbiategrasso.
Tra le principali problematiche interne che interessano l'Azienda, con rilevante impatto sull'efficienza/efficacia dell'azione amministrativa e sull'espletamento della mission aziendale nel suo complesso, è da segnalare il recente fenomeno di un elevato e continuo turn-over del personale, tanto a livello di risorse del comparto (specie del ruolo sanitario e a seguire quelli professionale, tecnico e amministrativo) che riferito ai ruoli dirigenziali, in conseguenza di cessazioni dal lavoro per pensionamento o dimissioni volontarie, nonché di spostamenti in favore di soluzioni lavorative a diverso titolo, maggiormente confacenti alle esigenze degli interessati. Il reintegro delle unità lavorative cessate è reso particolarmente difficoltoso dai meccanismi di reclutamento tramite procedure concorsuali o comparative, non pienamente rispondenti alle dinamiche del mercato del lavoro (cui già si è accennato in riferimento al contesto esterno), nonché gravoso in termini di attività amministrativa correlata, determinando in taluni casi scoperture negli organici delle strutture con ricadute sui carichi di lavoro e sulla puntualità degli adempimenti d'ufficio.

******

Occorre, da ultimo, evidenziare che l'Azienda sta da tempo vivendo una congiuntura particolarmente sfavorevole sotto il profilo economico-finanziario, il cui perdurare compromette la buona conduzione delle attività socio-sanitarie di competenza. Infatti, in considerazione delle attuali condizioni di dissesto in cui verte l'Azienda, si deve purtroppo dare atto che allo stato attuale – e ancor più in prospettiva – non sussistono le condizioni per una corretta gestione della mission aziendale, né per la prosecuzione della totalità delle attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria in cui si esplicano le finalità istituzionali.
L'Azienda, che sulle tre sedi operative di Milano, Vimodrone e Abbiategrasso dà lavoro a circa 1350 persone - professionisti della salute e personale socio-assistenziale, amministrativo e tecnico di supporto - che contribuiscono al mantenimento dei livelli e degli standard prestazionali previsti dal SSR, (su complessivi 1312 posti letto), si fa carico del soddisfacimento delle esigenze di cura, riabilitazione e assistenza di mediamente 5300 utenti oltre a circa 26.600 prestazioni ambulatoriali specialistiche su ricetta l'anno, operando anche in regime di accreditamento e a contratto con il SSR in qualità di Ente Unico Gestore e garantendo l'offerta di un ampio range di servizi atti a soddisfare bisogni di salute, di assistenza e di supporto riferibili prevalentemente alla popolazione anziana residente nel territorio del Comune di Milano e della relativa Provincia e di tutta la Regione Lombardia.
Negli anni 2020-2022 sono stati registrati importanti disavanzi, quale conseguenza della ridotta capacità produttiva imposta dalla pandemia e dalla correlata emergenza sanitaria, nonché dell'estrema difficoltà di reclutamento di personale socio-sanitario.
Nel 2023 e ancora nel 2025 si è aggiunta anche la difficoltà economica riferita al costo delle risorse umane, derivante dall'approvazione dei nuovi Contratti Collettivi Nazionali di lavoro (con effetti retroattivi), quando l'Azienda ha dovuto far fronte ad un rilevante incremento dei costi stimati, senza che allo stesso corrispondesse alcuna rivalutazione dei ricavi.
Ancora, dal 2023 si è registrata la maggiore spesa dovuta all'aumento dei prezzi delle utenze e alla possibilità per i fornitori di richiedere la revisione prezzi anche per i contratti in essere. All'aumento dei prezzi, corrisponde di conseguenza anche l'incremento proporzionale dell'IVA che, per gli Enti di diritto pubblico, non può essere detraibile.
A seguito di quanto sopra, nel corso degli anni è stato necessario adottare un Piano per il ripristino patrimoniale dell'Ente che prevedeva, quale unica possibilità di reperire risorse finanziarie di entità pari ai debiti accumulati, il ricorso ad un piano di alienazioni immobiliari, che per svariati motivi contingenti non è stato possibile concretizzare nei termini desiderati. E' stato anche indispensabile ricorrere al credito esterno (finanziamenti, prestiti sostenuti da ipoteche sugli immobili, e fidi da parte dell'Istituto bancario Tesoriere). Purtroppo, l'ASP non si trova tuttora nelle condizioni di garantire nel breve/medio periodo il recupero

dell'equilibrio di bilancio operando ulteriori economie di gestione o mediante l'attuazione di strategie legate all'attività istituzionale e, pertanto, nell'ottica di garantire celermente l'obiettivo prioritario del sostenimento della mission istituzionale, a fronte di grave ed affatto inusitata contingenza debitoria verso fornitori, banche ed erario (quantificabile al 31.12.2025 indicativamente in circa 50.000.000,00) deve obbligatoriamente procedere all'alienazione di unità immobiliari di proprietà appartenenti al patrimonio disponibile che siano suscettibili di garantire un introito congruo rispetto ai bisogni.

Le circostanze riferite sono state più volte formalmente portate a conoscenza degli stakeholder istituzionali (Regione Lombardia e Comune di Milano, che nominano pro quota i componenti del Consiglio di Indirizzo – organo di amministrazione aziendale) atteso inoltre che le Amministrazioni in questione fruiscono dei servizi erogati dall'Azienda in favore dei cittadini, e beneficiano - in via più generale – dell'attività socio-sanitario-assistenziale prestata per la collettività e, in particolare, per l'utenza più fragile, al fine di sollecitare superiori interventi finalizzati a consentirne la sostenibilità operativa e di gestione dell'Ente.

Mappatura dei processi aziendali

Interviene ai fini della pianificazione anticorruzione e della performance, nell'ottica di collegare l'organizzazione interna, la gestione dei rischi di corruzione e le necessarie attività di trasparenza, gli obiettivi di performance dell'Azienda e il miglioramento continuo dei servizi, sotto il profilo dell'interazione dei processi riferibili al PIAO e definiti nelle diverse sezioni dello stesso.

Per quanto riguarda le esigenze di prevenzione e limitazione dei fenomeni corruttivi, la mappatura dei processi organizzativi propri dell'ASP Golgi Redaelli consiste nella individuazione e analisi degli stessi, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree e dei processi che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposti a rischi corruttivi e di conseguenza definire gli opportuni misure preventive, controlli e responsabilità specifiche.

In tal senso, l'individuazione e l'analisi dei processi organizzativi e delle corrispondenti attività vengono condotte con il coinvolgimento delle strutture aziendali referenti secondo la seguente SCHEDA DI MAPPATURA DEI PROCESSI, che tiene conto anche delle principali aree di rischio corruttivo già indagate in precedenti Piani, utili a costituire la base per la revisione ragionata e l'aggiornamento dei singoli processi ed attività, fatta salva l'individuazione di ulteriori aree/processi/attività a seguito di modifiche strutturali ed organizzative intervenute.

Area di rischio	Struttura referente	Processo	Attività	Descrizione	Responsabilità
				(input, output, tempi, vincoli, risorse,….)	

Gli stessi sono stati confermati nel corso dei monitoraggi condotti.

Gli esiti dell'attività di mappatura e le risultanze delle conseguenti attività sono dettagliatamente esplicitati nel PTPCT in allegato al presente documento, alla sezione "REGISTRO DEGLI EVENTI RISCHIOSI - AZIONI, PRIORITA' E PROGRAMMAZIONE".

Analogamente, le accluse "Tabelle della trasparenza" danno conto dei Dirigenti responsabili della elaborazione, trasmissione, pubblicazione del dato per ogni obbligo di pubblicazione derivante dai singoli processi di rispettiva competenza.

L'intera materia dovrà, in ogni caso, essere sottoposta a sostanziali revisione e riallineamento in ragione della programmata modifica degli asset organizzativi aziendali, nonché con riferimento al concretizzarsi di ipotesi di riqualificazione e rifunzionalizzazione della ASP, attualmente in fase di studio, anche ridefinendo ruoli e funzioni dei soggetti interessati.

Dotazioni strumentali per l'automazione d'ufficio

Ai fini del contenimento delle spese di funzionamento, tra le altre cose, l'Azienda da tempo individua e pone in essere misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro.
Tali misure riguardano anche la limitazione dell'assegnazione di apparecchiature di telefonia mobile, attualmente riservate al solo personale tenuto ad assicurare, per esigenze di servizio, pronta e costante reperibilità, ovvero qualora siano strettamente necessarie per lo svolgimento di particolari funzioni.
L'assegnazione del device in questione è assicurata limitatamente al periodo necessario allo svolgimento delle particolari attività che ne richiedono l'uso, ed il corretto utilizzo delle relative utenze viene regolarmente monitorato a campione, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza dei dati personali.
Sono, altresì, costantemente attuate politiche di ammodernamento (e contestuale progressiva riduzione, quantomeno nell'ambito degli uffici amministrativi) di dispositivi dedicati alla produzione di stampe e alla duplicazione, con strumenti più evoluti e con soluzioni economicamente più vantaggiose, che integrandosi con software di gestione centralizzata consentono anche una razionalizzazione dei consumi di carta e toner. Inoltre, la sostituzione delle fotocopiatrici con multifunzioni di gruppo in rete consente di abbattere notevolmente i costi di manutenzione rispetto al mantenimento in utilizzo di strumenti meno performanti, consentendo al contempo il recupero e la ricollocazione in aree di bassa produttività di dispositivi ancora in discrete condizioni.
Peraltro, il ricorso al noleggio operativo tramite convenzione CONSIP, il cui canone comprende tutti i costi dei consumabili (toner, tamburi, drumer, ecc.) nonché le manutenzioni consente ulteriori vantaggi economici e margini di efficienza gestionale, ancora incrementati grazie allo strumento di gestione unificata della produzione per tutti i dispositivi noleggiati.
Analoghe politiche di ottimizzazione dei costi vengono perseguite in ordine al sistema di telefonia fissa.
Vengono valutate soluzioni, nell'ambito del miglior rapporto qualità/prezzo e fatta attenzione alle esigenze di ottimale informatizzazione della gestione aziendale, relativamente all'hardware e alle postazioni di lavoro fisse e mobili.
Anche per il triennio di riferimento del presente Piano si prevede di proseguire nel solco sopra tracciato.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE: VALORE PUBBLICO

Il valore pubblico si sostanzia nel beneficio che l'Azienda può sviluppare negli ambiti di propria competenza in termini di vantaggio che le attività svolte possono apportare nell'ambiente di riferimento. Una selezione delle politiche dell'Ente si traduce in termini di obiettivi di Valore Pubblico.

Atteso quanto sopra, la presente Sottosezione illustra i principali valori pubblici perseguiti dall'Azienda in considerazione della propria mission istituzionale, del contesto in cui opera e dei soggetti con cui si relaziona frequentemente, unitamente alle strategie di creazione dei valori in questione e ai correlati obiettivi strategici (PERFORMANCE ORGANIZZATIVA) individuati per il conseguimento degli stessi.
Gli obiettivi strategici hanno rilevanza rispetto ai bisogni dell'utenza e all'orizzonte temporale pluriennale di riferimento, e sono di particolare importanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'Azienda ma anche, più in generale, ai bisogni e alle attese degli stakeholder ed alla missione istituzionale.
L'Azienda seleziona i propri obiettivi anche nell'ambito delle previsioni del Documento di Programmazione Economica e Strategica triennale e successivi aggiornamenti, se del caso a migliore specificazione del medesimo.

Fermi restando la valenza e il perseguimento costante, nei fatti, di ogni valore pubblico individuato, non necessariamente ciascuna strategia di creazione del valore/obiettivo strategico dovrà tradursi in obiettivo operativo per ogni anno del triennio di programmazione.

Valore pubblico 1 – benessere sociale, assistenziale e sanitario

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali

Stakeholder	Utenti interni/esterni. Stakeholders istituzionali (Regione, Comune, ATS, ASST)
Baseline	Livelli prestazionali e qualitativi presenti
Outcome/target/risultati attesi	Il risultato atteso è quello del mantenimento, miglioramento e incremento dell'erogazione dei servizi offerti e dei tempi di risposta alle esigenze dell'utenza
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Delta uguale o in miglioramento rispetto alla baseline relativamente ai diversi setting e unità di offerta
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Report e banche date aziendali, flussi verso gli stakeholder istituzionali
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	Se del caso, potenziamento/riorganizzazione/ottimizzazione di modalità e procedure
Accessibilità fisica e digitale	I servizi vengono erogati tenendo conto delle esigenze di accessibilità dell'utenza di riferimento.

Valore pubblico 2 – efficienza amministrativa

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.

Stakeholder	Azienda/dipendenti. Utenti esterni, stakeholders istituzionali
Baseline	Condizioni attuali di riferimento
Outcome/target/risultati attesi	Efficientamento dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Effettivo miglioramento dei livelli di efficienza delle attività e dei servizi per la concretizzazione della mission aziendale
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Atti, registri, banche dati, documentazione aziendale
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	Secondo necessità
Accessibilità fisica e digitale	Si terrà debitamente conto dell'accessibilità da parte degli utenti. L'accessibilità digitale va garantita secondo le indicazioni delle vigenti normative in materia

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Promozione della conoscenza dell'Azienda e della sua reputation - Mantenimento, sviluppo e attuazione di una efficace strategia di comunicazione aziendale interna/esterna

Stakeholder	Utenti interni/esterni
Baseline	Livelli comunicativi attuali
Outcome/target/risultati attesi	Realizzare una comunicazione chiara, trasparente etempestiva con riferimento al contesto interno e nei confronti dei soggetti esterni, in particolar modo con gli organi di informazione e gli interlocutori istituzionali, promuovere l'identità dell'Azienda, l'offerta e i servizi erogati, costruire relazioni a sostegno della mission e degli obiettivi dell'organizzazione (promuovere la conoscenza da parte dei cittadini del corretto uso dei servizi sanitari erogati dalla ASP, informare sull'offerta sanitaria e sulle relative modalità di accesso, realizzare - tramite azioni di promozione e sensibilizzazione - una corretta informazione su stili di vita salutari e fattori di rischio) Rilanciare l'immagine pubblica dell'Azienda e stimolare nuovi lasciti
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Incremento della visibilità aziendale, migliore percezione dell'immagine dell'Ente, maggiore conoscibilità delle prestazioni e dei servizi offerti Realizzazione di interventi di promozione del brand aziendale Individuazione di strumenti di pubblicizzazione dell'Azienda e delle sue attività Presenza dell'Azienda sulla stampa e sui social media Cura e aggiornamento delle news sul sito internet istituzionale
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Atti, registri, banche dati, documentazione aziendale
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	///
Accessibilità fisica e digitale	L'accessibilità digitale va garantita secondo le indicazioni delle vigenti normative in materia

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio.

Stakeholder	Utenti interni/esterni. Stakeholders istituzionali (Regione, Comune, ATS, ASST)
Baseline	Livelli produttivi e dati di bilancio presenti
Outcome/target/risultati attesi	Perseguimento di un progressivo contenimento della spesa senza ridurre la qualità dei servizi offerti all'utenza o le condizioni di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	• tasso di occupazione dei posti letto nei singoli setting di attività il più possibile coincidente con la reale capacità dell'Istituto (in relazione agli assetti accreditati, o ad eventuali variazioni – anche temporanee - degli stessi) • incremento del tasso di occupazione nei singoli setting di attività qualora il T.O. sia al di sotto della completa capacità produttiva • incremento della capacità produttiva per le prestazioni diurne, territoriali e di Laboratorio analisi, anche oltre il valore del budget contrattualizzato con ATS • interventi di spending review • riduzione degli sprechi e delle eccedenze • recupero di bilancio
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Report e banche date aziendali, flussi verso gli stakeholder istituzionali
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	Se del caso, potenziamento/riorganizzazione/ottimizzazione di modalità e procedure
Accessibilità fisica e digitale	I servizi vengono erogati tenendo conto delle esigenze di accessibilità dell'utenza di riferimento.

Valore pubblico 3 – patrimonio e cultura

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Mantenimento e valorizzazione del patrimonio aziendale mobiliare e immobiliare, anche di carattere storico-artistico, degli Archivi aziendali e implementazione dell'offerta culturale

Stakeholder	Utenti interni/esterni. Inquilini e conduttori. Amministrazioni civiche dei luoghi di ubicazione degli immobili. Soggetti convenzionati per deposito e custodia
Baseline	Condizioni attuali del patrimonio immobiliare e mobiliare, anche di interesse storico, artistico e culturale
Outcome/target/risultati attesi	Mantenimento e valorizzazione del patrimonio aziendale mobiliare e immobiliare, anche di carattere storico-artistico e implementazione dell'offerta culturale
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Mantenimento e valorizzazione del patrimonio aziendale mobiliare e immobiliare, anche di carattere storico-artistico e implementazione dell'offerta culturale
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Documentazione relativa all'effettuazione delle attività e degli interventi previsti
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	///
Accessibilità fisica e digitale	///

Valore pubblico 4 – efficientamento energetico e compliance ambientale

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Diminuzione dei consumi di energia; ricorso a fonti energetiche alternative; diminuzione degli impatti ambientali collegati allo svolgimento delle attività istituzionali

Stakeholder	Utenti interni/esterni. Collettività.
Baseline	Attuali livelli prestazionali energetici. Attuali livelli di compliance ambientale.
Outcome/target/risultati attesi	Diminuzione dei consumi di energia; diminuzione degli impatti ambientali collegati allo svolgimento delle attività istituzionali, anche in applicazione dei CAM in sede di approvvigionamento delle risorse
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Interventi di ottimizzazione impiantistica delle sedi di lavoro; aumento della potenza elettrica fotovoltaica
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevati
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti aziendali; banche dati di riferimento
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	Al bisogno; individuate in corso d'opera
Accessibilità fisica e digitale	///

Valore pubblico 5 – welfare, parità di genere e benessere equo e sostenibile

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Mantenimento e sviluppo di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di parità, di pari opportunità e di benessere organizzativo - definizione di misure sulla qualità della

vita delle persone e sull'ambiente

Stakeholder	Utenti interni e esterni
Baseline	Livelli e condizioni attuali di implementazione
Outcome/target/risultati attesi	Sensibilizzare, informare, fornire gli strumenti per riconoscere, prevenire e contrastare il fenomeno della violenza di genere, al fine di creare cultura condivisa di rispetto e di parità tra le persone. Anticipare l'insorgere delle problematiche e saperle gestire e con lo scopo di creare un ambiente disteso, svincolato da tensioni e conflitti
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Diffusione di una consapevolezza del problema, riconoscimento di possibili allarmi, gestione del fenomeno e delle problematiche legate alla discriminazione e alla violenza di qualunque genere
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevato
Verificabilità dei dati	Minimizzazione degli eventi e delle segnalazioni di atti e comportamenti ostativi o contrari alla realizzazione di condizioni di benessere lavorativo o ambientale in senso lato.
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	///
Accessibilità fisica e digitale	Abbattimento delle barriere fisiche e architettoniche delle sedi di lavoro; abbattimento delle barriere ideologiche e culturali; accessibilità di programmi e strumenti di lavoro.

Valore pubblico 6 – prevenzione della corruzione, trasparenza, e tutela della Privacy

STRATEGIA DI CREAZIONE VALORE / Obiettivo strategico:

- Applicazione delle norme e delle indicazioni aziendali in materia di trasparenza e anticorruzione, di tutela dei dati personali e della riservatezza, e di responsabilità degli Enti

Stakeholder	Utenti interni e esterni
Baseline	Livelli e condizioni attuali di implementazione
Outcome/target/risultati attesi	Limitazione/assenza di eventi collegabili a mancati adempimenti in materia
Indicatori di outcome / Misurazione del livello di raggiungimento della strategia	Limitazione/assenza di eventi collegabili a mancati adempimenti in materia
Tempi di raggiungimento della strategia	Obiettivo strategico a valenza ripetitiva
Strategicità e impatto organizzativo	Elevato
Verificabilità dei dati	Limitazione/assenza di eventi collegabili a mancati adempimenti in materia, rilevabili da report e banche date aziendali
Procedure da semplificare/reingegnerizzare	///
Accessibilità fisica e digitale	///

N.B. ove il Sistema di Valutazione della Performance vigente nel tempo preveda l'assegnazione di obiettivi vincolanti (ovvero, il cui perseguimento sia da considerarsi precondizione per l'accesso alla retribuzione di risultato) assumeranno tale rilevanza gli obiettivi operativi definiti negli ambiti del presente obiettivo strategico.

°°°

SOTTOSEZIONE: PERFORMANCE

Obiettivi

Gli obiettivi operativi (PERFORMANCE INDIVIDUALE) declinano l'orizzonte strategico nel breve periodo secondo gli strumenti di natura programmatica dell'attività aziendale, e sono rilevanti ai fini della retribuzione di risultato, anche come risultante dall'applicazione dei Sistemi di Valutazione per la dirigenza e per il comparto in uso nel tempo presso l'Azienda e a cui si rimanda in toto.
Gli obiettivi individuati per l'anno 2026 sono stati calibrati anche al fine di conseguire un effettivo recupero e superamento della contingenza negativa che l'Azienda si trova ad attraversare negli ultimi anni, e quindi sono principalmente focalizzati all'implementazione di attività e misure utili ad una rifunzionalizzazione e al rilancio dell'ASP.

A) In quest'ottica vengono attribuiti dal Consiglio di Indirizzo al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 7, c.2 del vigente Regolamento di Organizzazione e Contabilità, per l'anno 2026 gli obiettivi di seguito riportati.

	PESO
- revisione organizzativa dell'Azienda • ridefinizione organigramma • revisione competenze e funzionigramma • assegnazione incarichi dirigenziali	25%
- recupero di competitività • interventi presso gli stakeholders istituzionali • individuazione di possibili servizi e prestazioni innovativi e/o concorrenziali rispetto al mercato di riferimento • definizione di partnership/stipula di intese con soggetti interessati	25%
- iniziative volte al recupero/limitazione/contenimento del dissesto finanziario • interventi presso gli stakeholders istituzionali • avvio interventi di valorizzazione e recupero di attrattività del patrimonio aziendale • definizione e revisione di adeguato piano di dismissione • azioni di efficientamento dell'attività, degli strumenti e delle risorse aziendali	25%
- perseguimento di iniziative volte alla riqualificazione dell'Azienda • interventi presso gli stakeholders istituzionali finalizzati alla riforma delle ASP • analisi dei setting di offerta • individuazione di prospettive di sviluppo aziendale	25%

Tali obiettivi vengono perseguiti dal medesimo con il supporto della dirigenza aziendale.

B) L'individuazione dei progetti operativi assegnati alla Dirigenza è stata effettuata dalla Direzione Generale, se del caso su proposta e/o con il coinvolgimento diretto dei dirigenti interessati (che, secondo il vigente Regolamento di Organizzazione e Contabilità – art. 8, c.6 – in coerenza con la programmazione, nell'ambito delle materie di rispettiva competenza propongono al DG gli interventi di maggior rilievo sotto il profilo strategico, di assorbimento di risorse, di urgenza e di innovazione) focalizzando l'impegno su attività i cui risultati hanno un reale impatto sulla mission istituzionale e su obiettivi che siano *effettivamente rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione; *specifici e misurabili in termini concreti e chiari; *tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati; *correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli obiettivi operativi di cui al presente Piano della Performance - al bisogno - potranno essere definiti più dettagliatamente da parte dei dirigenti assegnatari, anche a migliore specificazione delle schede obiettivo di massima qui individuate.

In caso di modifica della struttura organizzativa aziendale, e/o di nuova attribuzione di incarichi dirigenziali e/o in caso di assegnazione di nuove/diverse competenze a soggetti diversi da quelli qui individuati come responsabili del perseguimento degli obiettivi in corso di vigenza del presente Piano, gli obiettivi si intendono direttamente riattribuiti ai dirigenti subentranti competenti per le materie di interesse.

Gli obiettivi operativi potranno essere rivisti e/o integrati e/o modificati e/o annullati da parte del Direttore Generale, in accordo con la dirigenza di riferimento, e senza che ciò comporti ricadute negative in termini di valutazione e di retribuzione di risultato, alla luce di eventuali necessità emergenti successivamente all'adozione del presente Piano, anche derivanti da legislazione sopravvenuta.

Gli obiettivi operativi assegnati ai dirigenti apicali titolari delle diverse strutture organizzative sono assegnati direttamente anche ai soggetti dagli stessi gerarchicamente dipendenti (quali UOS, Dirigenti non titolari di struttura, funzionari e titolari di posizione organizzativa/di coordinamento, dipendenti) e competenti per materia, in coerenza con l'assetto aziendale vigente nel tempo.

Comportamenti

Secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in uso, ai fini della valutazione finale, oltre ai dati relativi agli obiettivi operativi, rilevano quelli in ordine a tutte le attività svolte, ai comportamenti organizzativi ed alle competenze, tenendo conto altresì degli eventuali incarichi aggiuntivi/straordinari espletati nel corso dell'anno - e dell'osservanza alle misure di prevenzione della corruzione indicate nel PTPCT, nonché dell'applicazione delle disposizioni in materia di privacy e di tutela della riservatezza.

Rilevano anche, ai fini della valutazione finalizzata alla retribuzione di risultato, il rispetto della tempistica di perseguimento dei termini di legge per la conclusione dei procedimenti di competenza e l'ottemperanza alle previsioni di cui al Codice di comportamento per i Dirigenti e i dipendenti dell'ASP Golgi-Redaelli.

OBIETTIVI OPERATIVI 2026

n. 1

TITOLO	**Attuazione del nuovo modello organizzativo e implementazione del funzionigramma aziendale**

Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Nuovo POA e relativo funzionigramma
Struttura responsabile	**Tutte le strutture aziendali, secondo competenza**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	////
UO che concorrono al raggiungimento	////
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	In relazione alla definizione del nuovo funzionigramma aziendale – in corso d'anno, entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Contribuire al buon andamento dell'azione amministrativa dell'ASP, e al pieno perseguimento del core business aziendale, attraverso l'esercizio delle attività strumentali affidate. Svolgimento delle attività necessarie ad esplicare le competenze assegnate, anche in coordinamento intersettoriale.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	La rendicontazione delle attività svolte è oggetto della relazione conclusiva rilasciata per l'anno 2026
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione Obiettivo di trasparenza

n. 2

TITOLO	**Digitalizzazione dei flussi verso il Tesoriere**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Economico finanziaria**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	UOC Pianificazione, controllo di gestione e sistemi informativi (CED)
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Implementare la gestione informatizzata di mandate e reversali secondo I requisiti richiesti dal Tesoriere e comunque in conformità allo standard interbancario condiviso
Indicatori di performance	Messa a regime della modalità operativa

Verificabilità dei dati	Flussi digitalizzati
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di digitalizzazione

n. 3

TITOLO	**Digitalizzazione dei flussi economici del personale**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Economico finanziaria**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	UOC Gestione Risorse Umane UOC Pianificazione, controllo di gestione e sistemi informativi (CED)
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Informatizzazione della trasmissione delle informazioni stipendiali tra i software in uso secondo gli standard richiesti dagli stessi Relativa integrazione contabile
Indicatori di performance	Messa a regime della modalità operativa
Verificabilità dei dati	Flussi digitalizzati
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di digitalizzazione

n. 4

TITOLO	**Controllo della spesa. Ottimizzazione e monitoraggio dell'uso delle risorse e dei principali beni di consumo**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio..
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Economico finanziaria**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	////
UO che concorrono al raggiungimento	Tutte le strutture che dispongono una spesa
Cronoprogramma /	Entro il 31.12.2026

tempi massimi di realizzazione	
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Sulla base delle richieste di rilascio di parere in ordine alla copertura della spesa, effettuazione di verifiche circa la congruità rispetto alle disponibilità finanziarie e all'eventuale programmazione, anche in relazione alla necessità e imprescindibilità dell'acquisto per il perseguimento dell'attività istituzionale
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività Mantenimento/abbattimento dei livelli di spesa di settore Rispetto delle previsioni economiche di budget settoriale
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 5

TITOLO	**Attivazione di iniziative e procedure volte a favorire la costituzione di comitati di partecipazione degli utenti e dei loro familiari all'interno delle strutture amministrate**.
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Comunicazione, URP e Marketing**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	UOC Servizi Specialistici, Igiene, Qualità e Risk management Direzione Operativa degli Istituti (uffici URP di riferimento)
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 30.06.2026
Target/Azioni/ Metodi di raggiungimento	Comunicazione ai Familiari degli Ospiti degenti in RSA della facoltà prevista dalla normativa regionale vigente di istituire comitati di partecipazione degli utenti finalizzati a realizzare una "alleanza terapeutica" fra tutti i soggetti operanti negli Istituti, con lo scopo di tutelare gli ospiti privi di parenti e di migliorare le condizioni di vita e assistenziali di tutte le persone ricoverate. Realizzazione di attività propedeutiche volte all'individuazione dei Familiari aderenti al progetto. Studio e approfondimento per la definizione delle modalità di costituzione dei Comitati Parenti oltre che dei contenuti dei successivi protocolli d'intesa tra l'Azienda e gli organismi di partecipazione dei rappresentanti degli Ospiti.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di trasparenza

n. 6

TITOLO	**Revisione dei sistemi attualmente in uso per le indagini di customer satisfaction ai fini di una armonizzazione delle metriche di rilevazione nei diversi setting volta ad ottenere dati più facilmente comparabili**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti, a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Comunicazione, URP e Marketing**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	Direzione Operativa degli Istituti (uffici URP di riferimento)
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 30.06.2026
Target/Azioni/ Metodi di raggiungimento	Definizione di nuovi modelli di customer satisfaction atti ad uniformare le aree indagate dei diversi servizi aziendali. Definizione di modelli che utilizzino la medesima metrica di valutazione per permettere confronti equi ed ottenere dati affidabili.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione

n. 7

TITOLO	**Messa a regime del Regolamento per il lavoro agile approvato (accordi individuali e flussi)**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Nuovo Regolamento per il Lavoro agile
Struttura responsabile	**UOC Gestione Risorse Umane**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	///

Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 30.12.2026
Target/Azioni/ Metodi di raggiungimento	A seguito dell'intervenuta approvazione a fin 2025 da parte del Consiglio di Indirizzo del Regolamento per il Lavoro agile è necessario dare applicazione allo stesso. A tal fine, occorre prioritariamente provvedere alle consultazioni sindacali del caso, nonchè alla definizione ed implementazione di flussi, strumenti e procedure operative di dettaglio atti a concretizzare il dettato regolamentare, anche avuto riguardo alle tipologie di lavori smartabili e alle rispettive categorie di dipendenti interessati allo svolgimento.
Indicatori di performance	Individuazione di dettaglio dei termini applicativi del Regolamento, comprensivi di flussi, strumenti e procedure Interpello delle OO.SS. di riferimento e – se necessario – definizione di appositi accordi decentrati Applicazione e messa a regime delle attività di smart-working in Azienda
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione

n. 8

TITOLO	**Analisi di ipotesi e strumenti per age management dei dipendenti – gestione dell'invecchiamento della popolazione lavorativa in ambito sanitario assistenziale - Area comparto**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali
Baseline	Livelli di implementazione attuali
Struttura responsabile	**UOC Gestione Risorse Umane**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	Direzioni mediche di Istituto Direzione Operativa degli Istituti
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 30.12.2026
Target/Azioni/ Metodi di raggiungimento	Analisi del fenomeno dell'invecchiamento degli organici di comparto in Azienda e valutazione delle correlate necessità di gestione e contrasto del medesimo. Individuazione di strategie utili a valorizzare e integrare le diverse generazioni presenti nei reparti. Definizione di proposte operative sostenibili con riferimento alla situazione complessiva aziendale.
Indicatori di performance	Rilascio delle risultanze dell'attività. Eventuale prima applicazione degli strumenti individuati, anche in via sperimentale su reparti campione.
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 9

TITOLO	**Studio di un sistema di verifica continua del possesso e della permanenza dei requisiti di accreditamento**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali
Baseline	Livello attuale di implementazione
Struttura responsabile	**UOC Servizi Specialistici, igiene, qualità e risk management / Direttore Dipartimento Socio-sanitario (accreditamento)**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	**UOC Direzione Operativa degli Istituti**
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 30.12.2026
Target/Azioni/ Metodi di raggiungimento	Analisi di ipotesi e strumenti volti a gestire in modo efficace le verifiche circa il possesso/la necessità di integrazione dei requisiti di accreditamento sulla base delle previsioni normative di volta in volta vigenti, nonchè il monitoraggio della permanenza degli stessi
Indicatori di performance	Effettuazione di analisi e studio
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione Obiettivo di informatizzazione

n. 10

TITOLO	**Predisposizione di linee guida per l'acquisizione e la gestione in economia di lavori, forniture e servizi**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Condizioni attuali di riferimento
Struttura responsabile	**UOC Appalti e Acquisti**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	////
UO che concorrono al raggiungimento	////

Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Predisposizione, diffusione e attuazione di linee guida per l'acquisizione in economia di lavori, forniture e servizi . Conseguire la consapevolezza da parte degli operatori dell'importanza di assicurare il perseguimento del risultato, rispettando il principio del buon andamento e dei correlati principi di efficienza, efficacia ed economicità.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 11

TITOLO	**Sostenibilità economica della missione istituzionale alla luce dell'orientamento della giurisprudenza in materia di rette di degenza.**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Gruppo di Lavoro** □ **UOS Avvocatura e Gestione Legale** □ **Direzioni Mediche degli Istituti** □ **UOC Servizi specialistici – Accreditamento**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	□ Dirigenti medici UOSD (escluso Laboratorio)/Dirigenti medici UOS /Dirigenti medici professional □ Direzione Operativa degli Istituti
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Disamina dei recenti arresti giurisprudenziali in materia di contratti di degenza per i malati di Alzheimer e/o soggetti affetti da decadimento cognitivo Individuazione dei presupposti e delle condizioni definiti dalla giurisprudenza per porre le prestazioni a carico del SSN Verifica delle possibili strategie da adottare all'ingresso dei pazienti Eventuale modifica/integrazione del contratto di degenza.
Indicatori di performance	Effettuazione dell'attività Eventuale modifica/integrazione del contratto di degenza
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 12

TITOLO	**Consensi all'ingresso in struttura dei Pazienti con deficit cognitivo.**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Gruppo di Lavoro** **UOS Avvocatura e Gestione Legale** **Direzione Mediche degli Istituti** **UOC Direzione Operativa degli Istituti**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	Dirigenti medici Escluso Laboratorio
UO che concorrono al raggiungimento	Servizi sociali degli Istituti UOC Affari generali e Trasparenza/RPD
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Definizione di indicazioni atte a gestire il rilascio delle autorizzazioni (consenso alle cure, al trattamento dei dati,…) al momento dell'ingresso in Istituto del Paziente affetto da deficit cognitivo, attraverso: a) valutazione/valorizzazione delle capacità di comprensione e di decisione del paziente, anche avuto riferimento alla normativa vigente b) quando necessario, individuazione dei soggetti legittimati ad esprimere la volontà dell'interessato, come segue: b1) indicazione ai sensi di legge di un familiare/fiduciario incaricato; b2) definizione della procedura interna per la nomina di un Amministratore di Sostegno.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività Rilascio delle indicazioni
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 13

TITOLO	**Adeguamento degli atti fondamentali di carattere generale e trasversale, a seguito della revisione organizzativa aziendale**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Affari Generali e Trasparenza**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///

UO che concorrono al raggiungimento	Tutte le UO da coinvolgere nella revisione dei diversi documenti, secondo competenza e necessità
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026, a seguito della modifica dell'Organigramma e del Funzionigramma aziendale
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Adeguamento progressivo, secondo necessità, di Regolamenti e altri atti fondamentali per l'azione aziendale, anche attuativi di normative vigenti, che citino e/o abbiano quale presupposto l'organizzazione aziendale (in particolare: MOGC, RAT, SI-MOP, RO&C,……..)
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività Rilascio degli atti rivisti agli Organi competenti all'adozione (quando necessario)
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 14

TITOLO	**Formazione in materia di trasparenza e anticorruzione, di tutela dei dati personali e della riservatezza, e di responsabilità degli Enti**
Obiettivo strategico di riferimento	Applicazione delle norme e delle indicazioni aziendali in materia di trasparenza e anticorruzione, di tutela dei dati personali e della riservatezza, e di responsabilità degli Enti
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Affari Generali e Trasparenza**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Definizione e svolgimento di uno o più eventi formativi in materia di trasparenza o anticorruzione, o di tutela dei dati personali e della riservatezza, odi responsabilità degli Enti
Indicatori di performance	Svolgimento delle attività formative
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 15

TITOLO	**Individuazione della competenza all'adozione dei provvedimenti dirigenziali per tipologia (determinazioni del Direttore generale/determinazioni dirigenziali/atti dirigenziali)**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale

Struttura responsabile	**UOC Affari Generali e Trasparenza**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Precisazione di dettaglio delle previsioni di cui al Regolamento di Organizzazione e Contabilità in materia di provvedimenti amministrativi. Censimento degli atti avuto riguardo alle categorie regolamentari e delle strutture che adottano gli stessi in relazione alle competenze e alle materie attribuite, assegnazione delle adozioni per tipologia. Definizione di proposta di dettaglio.
Indicatori di performance	Rilascio della proposta
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 16

TITOLO	**Studio delle possibilità di razionalizzazione delle aree interne agli istituti destinate a posteggio, anche in relazione alla eventuale parziale messa a reddito**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Servizi tecnici e Manutenzioni**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	UOC Direzione Operativa degli Istituti
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Analisi e verifica della possibilità di aumentare la redditività delle aree degli Istituti destinate a parcheggio, prevedendone l'utilizzo a pagamento da parte di soggetti esterni alle strutture (visitatori, altri soggetti interessati). Studio di ipotesi di riorganizzazione degli spazi e di modalità di accesso e permanenza Analisi dell'operazione sotto il rapporto costi-benefici. Eventuale definizione di proposta di intervento.
Indicatori di performance	Rilascio degli esiti dello studio e di eventuale proposta operativa
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 17

TITOLO	**Predisposizione di linee-guida per l'implementazione di un sistema di controllo finalizzato al monitoraggio e verifica dell'entità e qualità delle prestazioni oggetto dei contratti di appalto aziendali**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Condizioni attuali di riferimento
Struttura responsabile	**UOC Appalti e Acquisti**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	////
UO che concorrono al raggiungimento	////
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Predisposizione, diffusione e attuazione di linee-guida per il monitoraggio e verifica delle prestazioni dedotte nei contratti d'appalto aziendali Dare consapevolezza agli operatori delle metodologie di controllo qualità delle prestazioni dovute dai fornitori.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione

n. 18

TITOLO	**Analisi delle necessità di sistemazione della situazione strutturale/impiantistica dei cespiti immobiliari, ai fini della locazione o dell'alienazione**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOC Servizi tecnici e Manutenzioni**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	Servizio Gestione e Valorizzazione del Patrimonio Disponibile
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026 – al bisogno in relazione alle attività di disinvestimento/locazione in programmazione
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Ricognizione dello stato di fatto sotto il profilo strutturale/impiantistico delle unità immobiliari oggetto di alienazione e/o di locazione. Verifica delle conformità catastali dei cespiti in questione. Individuazione delle principali necessità di adeguamento preventive ed indispensabili al

	processo di dismissione/locazione e dell'impatto economico delle stesse.
Indicatori di performance	Rilascio degli esiti dello studio e di eventuali proposte operative
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 19

TITOLO	**Verifica della possibilità di mettere a reddito immobili/aree di proprietà dell'Azienda mediante concessione di spazi pubblicitari a soggetti interessati**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Servizio Gestione e Valorizzazione del Patrimonio Disponibile**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	UOC Servizi tecnici e Manutenzioni
UO che concorrono al raggiungimento	UOC Comunicazione, URP e Marketing UOC Appalti e Acquisti
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Ricognizione di possibili spazi utili ai fini della posa di supporti pubblicitari. Verifica della sussistenza di requisiti tecnico-strutturali delle location individuate. Individuazione dei requisiti dei contenuti pubblicitari da veicolare, compatibili con l'immagine aziendale. Analisi della possibile redditività dell'intervento e accertamento della disponibilità di operatori del settore alla locazione degli spazi.
Indicatori di performance	Rilascio degli esiti dello studio e di eventuali proposte operative
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 20

TITOLO	**Revisione dei regolamenti sul patrimonio**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Servizio Gestione e Valorizzazione del Patrimonio Disponibile**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	UOS Avvocatura e Gestione legale
UO che concorrono al raggiungimento	///

Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Revisione dei regolamenti sul patrimonio, anche alla luce delle esigenze aziendali di semplificazione e velocizzazione delle procedure di locazione, concessione e dismissione dei cespiti immobiliari afferenti al patrimonio disponibile. Adeguamento, negli ambiti della normativa vigente, delle previsioni regolamentari alle strategie aziendali definite in materia, e riorganizzazione ragionata dei contenuti di testo.
Indicatori di performance	Effettuazione dell'attività Rilascio delle proposte di adeguamento agli organi competenti per l'adozione dei relativi provvedimenti
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione

n. 21

TITOLO	**Elaborazione e gestione di un piano per la verifica del grado di conoscenza e del livello di applicazione delle principali procedure e protocolli in tutti i setting degli Istituti**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli prestazionali e di qualità con riferimento all'erogazione di prestazioni residenziali, ambulatoriali, diurne e territoriali
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Gruppo di Lavoro** **UOC Servizi Specialistici, igiene, qualità e risk management / Direttore Dipartimento Socio-sanitario (accreditamento)** **UOC Direzioni mediche**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	Dirigenti medici UOSD, UOS e professional Dirigenti biologi
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Elaborazione e gestione di un piano per la verifica del grado di conoscenza e del livello di applicazione delle principali procedure e protocolli in tutti i setting degli Istituti
Indicatori di performance	Effettuazione dell'attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza Obiettivo di semplificazione

n. 22

TITOLO	**Ottimizzazione del budget assegnato e delle entrate**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo della capacità produttiva - Ottimizzazione del rapporto costi/ricavi - Raggiungimento/mantenimento degli equilibri di bilancio.

Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOSD Laboratorio di analisi**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	Dirigenti professional biologi
UO che concorrono al raggiungimento	UOC Affari Generali e Trasparenza
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Curare l'ottenimento del miglior risultato in termini di rapporto costi-ricavi in relazione alle attività di competenza. Implementare, per quanto possibile, i servizi resi a terzi solventi, anche mediante stipula di appositi accordi contrattuali o altri metodi di coinvolgimento.
Indicatori di performance	Effettuazione dell'attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 23

TITOLO	**Gestione dei referti di competenza nel rispetto delle normative in materia di privacy, anche con riferimento alle richieste di oscuramento dati nei fascicoli elettronici**
Obiettivo strategico di riferimento	Applicazione delle norme e delle indicazioni aziendali in materia di trasparenza e anticorruzione, di tutela dei dati personali e della riservatezza, e di responsabilità degli Enti
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**UOSD Laboratorio di analisi**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	Dirigenti professional biologi
UO che concorrono al raggiungimento	UOC Affari Generali e Trasparenza RPD UOC Pianificazione, controllo e sistemi informativi
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Garantire il rispetto delle prescrizioni in materia di privacy e tutela dei dati personali nell'intero percorso delle attività di refertazione e rilascio degli esiti degli esami di laboratorio. Assicurare l'inserimento dei referti nei FSE dei singoli utenti sulla base delle eventuali indicazioni di questi ultimi circa l'oscuramento di dati o il diniego di inserimento tout court.
Indicatori di performance	Effettuazione dell'attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 24

TITOLO	**Predisposizione di linee guida e procedure per RUP e DEC**
Obiettivo strategico di riferimento	Mantenimento, miglioramento, sviluppo dei livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa aziendale e dei relativi strumenti (comprensivi del mantenimento, ottimizzazione e sviluppo dei livelli di informatizzazione e digitalizzazione delle reti, delle dotazioni e delle attività aziendali), a supporto del core business socio-sanitario-assistenziale.
Baseline	Condizioni attuali di riferimento
Struttura responsabile	**UOC Appalti e Acquisti**
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	////
UO che concorrono al raggiungimento	/////
Cronoprogramma / tempi massimi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Predisporre, diffondere/attuare le linee-guida e le procedure per coordinare le competenze di RUP e DEC. Fare acquisire agli operatori consapevolezza delle metodologie di lavoro previo concerto.
Indicatori di performance	Effettuazione delle attività
Verificabilità dei dati	Documentazione agli atti
Tipologia	Obiettivo di semplificazione Obiettivo di efficienza

n. 25 (obiettivo vincolante)

TITOLO	**Implementazione di azioni e iniziative volte al rispetto delle indicazioni del Codice di Comportamento aziendale**
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	□ **Tutte le UOC,** per gli ambiti di rispettiva attribuzione
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	///
Cronoprogramma / tempi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Rispettare e far rispettare le indicazioni di cui al Codice di Comportamento aziendale vigente nel tempo, anche mediante l'attuazione di controlli e verifiche al proposito e l'eventuale irrogazione (diretta o per il tramite della struttura aziendale competente in materia) delle sanzioni del caso
Indicatori di performance	Emanazione di istruzioni al proposito Informazione e formazione interna alle rispettive strutture (compresi I dirigenti subordinati afferenti alle stesse) sui contenuti del Codice Esperimento di attività di verifica e controllo Segnalazioni/sanzioni irrogate Assenza di contestazioni, sanzioni, procedimenti disciplinari, contenziosi o altre situazioni derivati dall'inosservanza delle disposizioni in questione

Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

n. 26 (obiettivo vincolante)

TITOLO	**Implementazione di azioni e iniziative volte a uniformare i comportamenti operativi alle previsioni di cui al PTPCT, al MOGC, al Sistema di Gestione della Privacy**
Baseline	Livello di implementazione attuale
Struttura responsabile	**Tutte le UOC,** per gli ambiti di rispettiva attribuzione
Altri soggetti interni assegnatari pro quota dell'obiettivo	///
UO che concorrono al raggiungimento	////
Cronoprogramma / tempi di realizzazione	Entro il 31.12.2026
Target/Azioni/Metodi di raggiungimento	Adeguare i comportamenti operativi propri/dei propri dipendenti alle previsioni di cui al PTPCT, al MOGC, al Sistema di gestione della Privacy
Indicatori di performance	Emanazione di istruzioni al proposito Informazione e formazione interna alle rispettive strutture (compresi I dirigenti subordinati afferenti alle stesse) sui contenuti dei piani richiamati Conformità delle procedure e degli atti amministrativi posti in essere alle previsioni di riferimento Esperimento di attività di verifica e controllo Assenza di contestazioni, sanzioni, procedimenti disciplinari, contenziosi o altre situazioni derivati dall'inosservanza delle disposizioni in questione
Verificabilità dei dati	Documentazione in atti
Tipologia	Obiettivo di efficienza

SOTTOSEZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'Azienda persegue finalità di gestione delle problematiche connesse al rischio corruttivo ed alla trasparenza - nel rispetto della struttura e delle risorse aziendali - in attuazione delle previsioni normative dettate dalla L.190/2012 e secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 33 del 2013.

Definisce il Piano Triennale della Prevenzione aziendale in materia di lotta alla corruzione ed in materia di trasparenza ed integrità, soggetto ad aggiornamento annuale (ovvero, secondo necessità) e redatto in coerenza con quando definito dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), come di volta in volta aggiornato, e nel rispetto di quanto previsto dalle restanti disposizioni in materia con particolare riguardo agli indirizzi per le organizzazioni sanitarie e/o accreditate con il SSN. Il PTPCT è comprensivo del Codice di Comportamento dei dipendenti aziendali. Il documento è riportato in allegato al presente PIAO.

Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio - anno 2025

Il RPCT, ha attuato con periodicità semestrale nell'anno 2025 il monitoraggio sull'attuazione ed efficacia delle misure di prevenzione della corruzione per verificare che le misure di risposta al rischio a suo tempo concordate e pianificate in sede di redazione del PTPCT 2025/2027, siano state eseguite e, al tempo stesso, effettivamente in grado di ridurre il rischio corruttivo.

Tutte le Direzioni interpellate hanno riferito di non aver rilevato criticità per quanto concerne le misure per la prevenzione di fenomeni corruttivi e la promozione della cultura della legalità previste nelle griglie del registro degli eventi rischiosi del PTPCT 2025-2027, ritenendo i processi assegnati alle diverse Unità Operative sufficientemente esaustivi dell'attività svolta.

E' stato altresì assicurato che siano state attuate le misure anticorruzione correttive previste nelle griglie del registro degli eventi rischiosi, non ritenendo perciò utile introdurre nuove misure correttive in grado di ridurre il livello di rischio.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa aziendale è rappresentata nell'organigramma consultabile avvalendosi del seguente link:

https://www.golgiredaelli.it/wp-content/uploads/2021/03/Organigramma-Azienda-2021-1.pdf.

L'organigramma in questione individua i differenti livelli di responsabilità e le unità operative per le quali è prevista l'attivazione di incarichi di funzione organizzativa o di coordinamento.
L'ampiezza delle diverse U.O. in termini di dipendenti assegnati non risulta standardizzata, in quanto condizionata dall'area organizzativa di riferimento (socio-sanitaria o tecnico- amministrativa), dalle competenze attribuite e dalla complessità delle attività svolte, dalla quantità e qualità delle prestazioni erogate, e può essere soggetta a variazioni in relazione alle esigenze di acquisizione/mantenimento di standard e requisiti per servizi esistenti e/o di nuova costituzione.
Le competenze attribuite ad ogni struttura e connesse ad ogni incarico sono esplicitate negli atti aziendali di approvazione ed attuazione del modello strutturale di cui sopra (e di eventuale proroga, revisione, modifica e/o integra- zione, anche parziale, degli stessi), e riportate nel relativo funzionigramma, reperibile al link:

https://www.golgiredaelli.it/wp-content/uploads/2021/03/Competenze-Strutture-Aziendali-2020.pdf

La struttura organizzativa sopra delineata è integrata da strumenti di coordinamento e di integrazione aziendale:

- Comitato di direzione strategica,
- Conferenza Plenaria dei Dirigenti
- Commissione d'Istituto

Organi ausiliari

Operano altresì presso l'Azienda quali organi ausiliari il Collegio dei Revisori dei conti, l'Organismo di Valutazione, l'Organismo di Vigilanza sul Modello di Organizzazione e Controllo e l'Ufficio per i procedimenti disciplinari dei dipendenti (UPD), che opera nella forma del collegio diversificato in funzione alla qualifica del dipendente sottoposto a procedimento disciplinare.

Il modello organizzativo è coerente rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati.

Revisioni del modello organizzativo

Il modello organizzativo aziendale (POA) sarà oggetto di revisione nel corso dell'anno 2026, anche al fine di perseguire più elevati e coerenti standard di efficientamento e razionalizzazione dell'azione aziendale. Vengono fatte salve le indicazioni del presente PIAO in quanto compatibili e non in contrasto con il nuovo assetto; si procederà – se del caso – all'aggiornamento dello stesso e degli atti collegati secondo necessità.

SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Ricordando la precipua connotazione sociosanitaria dell'azienda, composta prevalentemente da personale sanitario, i soggetti fruitori del lavoro agile sono i dipendenti, sia a tempo determinato che indeterminato, prevalentemente del ruolo tecnico-amministrativo e della dirigenza PTA, con possibilità di ampliare la platea dei destinatari ove la specifica mansione e tipologia di attività lo consentano.
Il sopravvenire della pandemia ha comportato, come noto, la necessità di utilizzare il lavoro agile come strumento per garantire ai lavoratori che, in relazione all'incarico svolto potevano avvalersene ovvero in considerazione della loro particolare fragilità, la possibilità di svolgere la propria prestazione lavorativa minimizzando il rischio di contagio (evitando gli spostamenti sui mezzi pubblici, gli assembramenti nei

luoghi di lavoro e consentendo un uso razionale e rispettoso del "distanziamento sociale" degli uffici) e permettendo, ai genitori di bambini in tenera età, di poter sopperire alla necessaria e temporanea chiusura degli asili e delle istituzioni scolastiche.
Il graduale risolversi del fenomeno pandemico è stato poi accompagnato dall'altrettanto graduale "rientro in presenza" dei lavoratori, dunque dalla riduzione del ricorso massivo all'utilizzo del lavoro agile che, da strumento emergenziale, si è progressivamente riappropriato della sua reale natura di strumento organizzativo ed ha dunque trovato disciplina nell'ambito della contrattazione collettiva, che ne ha tratteggiato le caratteristiche necessarie ad un suo armonioso utilizzo nell'ambito delle pubbliche amministrazioni.
Con deliberazione n. 15/CdI del 12.12.2025 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina del lavoro agile"(https://www.golgiredaelli.it/wp-content/uploads/2026/01/REGOLAMENTO-SMARTWORKING.pdf) che disciplina il lavoro agile quale forma di organizzazione della prestazione lavorativa del personale dipendente dell'ASP Golgi Redaelli.
Elementi salienti sono:
- l'adesione di natura consensuale e volontaria,
- l'accesso al lavoro agile del personale del comparto e della dirigenza, assunto con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, anche part-time/regime ridotto, che abbia superato il periodo di prova, le cui mansioni/attività siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in un luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività e gli obiettivi della struttura di assegnazione.
Tra le principali modifiche e novità disciplinate dal regolamento si possono citare:
- definizione di una scheda individuale delle modalità operative
- stipula di accordi integrativi del contratto di lavoro per il lavoratore
- l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno, la presenza fisica sul luogo di lavoro e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili
- effettuazione a giornata intera, in date da definire in sede di programmazione individuale
- flessibilità dell'istituto per categorie particolari di dipendenti o in caso di condizioni peculiari
- definizione di fasce di contattabilità e inoperatività
- introduzione, in concomitanza con la giornata in lavoro agile, di permessi riconosciuti contrattualmente
- necessità della timbratura in entrata e in uscita (anche nel caso di interruzioni) mediante Angolo del Dipendente
- la definizione, qualora le richieste di attivazione di lavoro agile presentate risultino in numero ritenuto organizzativamente non sostenibile da ogni singola struttura, di criteri di preferenza secondo ordine di priorità fermo restando il principio della rotazione
- particolari elementi di salvaguardia per lavoratori che presentino specifiche casistiche (disabilità psico-fisiche, accudimento conviventi con handicap, esigenza cure figli minori di 12 anni, gravidanza, distanza tra residenza e sede di lavoro superiore a 30 km).

Nell'applicazione operativa del Regolamento cooperano:
- la UOC Gestione Risorse Umane, con funzione di coordinamento, autorizzazione e verifica di conformità;
- il Servizio Sistemi informativi, per tutti gli aspetti inerenti all'utilizzazione di strumentazione hardware e software;
- il Servizio Prevenzione e Protezione, per ciò che concerne la sicurezza (informativa);
- i responsabili delle singole unità operative/servizi, per la definizione delle progettualità e della verifica di rendimento.

A cura del Servizio Sistemi formativi sono state implementate le garanzie per l'accesso sicuro ai dati e agli applicativi da parte del dipendente.
Per ogni dipendente verrà sottoscritto, come previsto dalla normativa, un accordo individuale che definisce nel dettaglio le modalità ad personam dello svolgimento della prestazione lavorativa.
In continuità con quanto fatto in passato, l'Azienda ha sostanzialmente confermato i criteri già in uso quali:
- svolgimento del lavoro agile solo a giornata intera

• flessibilità oraria che, indipendentemente dal profilo orario, riconosca il solo dovuto giornaliero.
• assenza di eccedenza oraria (straordinario)
• attività eseguibile dal lunedì al venerdì, salvo eccezioni specificatamente motivate e autorizzate.

I responsabili dei singoli servizi o unità operative hanno la responsabilità di promuovere ed organizzare il lavoro agile all'interno del proprio ufficio, discernendo tra chi possiede o meno le competenze professionali, informatiche e di autonomia per svolgere l'attività non in presenza. È in capo a ciascun responsabile la definizione di obiettivi specifici collegati all'attività da rendere da parte del singolo lavoratore e la verifica dei risultati.

Avuto riguardo alle misure utili a garantire gli adempimenti in materia di tutela dei dati personali e riservatezza nell'ambito di prestazione lavorativa in smartworking (il Titolare del Trattamento deve adottare le misure tecniche e organizzative idonee a garantire la liceità e la sicurezza del trattamento dei dati, nonché la conformità dei trattamenti, anche in ordine alle attività svolte da remoto) si rimanda alla trattazione di cui al vigente SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRIVACY - MODELLO ORGANIZZATIVO DI PROTEZIONE DEI DATI adottato dall'Azienda e reperibile alla Sezione Amministrazione Trasparente>altri contenuti>privacy del sito istituzionale.

SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Piano triennale dei fabbisogni

Il presente capitolo dà conto – per il periodo - della programmazione strategica delle risorse umane, degli obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse umane, e delle strategie di copertura del fabbisogno, anche in relazione alla consistenza del personale al 31.12 dell'anno precedente.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito denominato PTFP), definisce le politiche di reclutamento del personale dell'ASP, di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione dei servizi e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione.
Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice aspetto:

1. quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere la mission dell'Azienda, nel rispetto dei vincoli finanziari. Sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri utili a definire un fabbisogno standard per aree omogenee o per processi da gestire.
2. qualitativo: riferito alle tipologie professionali e alle competenze necessarie al funzionamento dell'organizzazione.

Per la determinazione degli standard ottimali delle dotazioni organiche dei reparti è necessario procedere alla loro definizione tenendo in considerazione la tipologia di prestazioni erogate (setting), la dimensione dei reparti in termini di posti letto accreditati, nonché la necessità di garantire la copertura dei turni H24, oltre alla determinazione dell'organico dei servizi ambulatoriali e territoriali in proporzione all'affluenza dell'utenza presso tali servizi.
Sulla base delle analisi condotte, è stato possibile stabilire i criteri da applicare per la definizione dell'assetto organizzativo standard di ciascun reparto di degenza, con riferimento alle seguenti figure professionali:

- Operatori Socio Sanitari (OSS)
- Infermieri
- Fisioterapisti
- Medici

Per la figura dell'operatore socio sanitario il fabbisogno standard è stato definito in termini di numero di posti letto per ogni operatore presente. Di seguito la tabella riassuntiva per setting attività	Turno mattino	Turno pomeriggio	Turno notte
Cure Intermedie – Specialistica	1 / 6 PL	1 / 10 PL	1 / 20 PL
Cure Intermedie – Mantenimento	1 / 8 PL	1 / 16 PL	1 / 20 PL
Cure Intermedie – Generale Geriatrica	1 / 7 PL	1 / 14 PL	1 / 20 PL
Cure Intermedie – Generale Geriatrica Alzheimer	1 / 5 PL	1 / 10 PL	1 / 20 PL
RSA	1 / 7 PL	1 / 14 PL	1 / 20 PL
RSA Alzheimer	1 / 6 PL	1 / 12 PL	1 / 20 PL
Stati vegetativi	1 / 4 PL	1 / 10 PL	1 / 20 PL
Hospice	1 / 5 PL	1 / 10 PL	1 / 10 PL

Per la figura infermieristica, il fabbisogno standard è stato definito quale numero di operatori assegnati al reparto, esclusa la figura del coordinatore di reparto, occorrenti per la copertura dei turni.
Gli infermieri assegnati ai reparti garantiscono, a rotazione, la presenza di 1 operatore per ogni turno notturno in ciascun Istituto.
Di seguito la dotazione standard del personale infermieristico definita in funzione del setting di attività e dei PL accreditati:

setting attività	PL	n. infermieri	Turno notte
Cure Intermedie – specialistica	40	8	3 su Milano, 2 su Vimodrone 2 su Abbiategrasso
Cure Intermedie - specialistica	34	7	
Cure Intermedie – Generale Geriatrica	40	6	
Cure Intermedie – Mantenimento	40	6	
Cure Intermedie – Mantenimento	48	6	
RSA Alzheimer	40	6	
RSA Alzheimer	44	6	
RSA	64	9	
RSA	40	6	
Stati vegetativi	20	6	
Hospice	10	8	1

La dotazione organica dei medici è determinata in funzione del setting di attività e definito in termini di numero di posti letto per ogni medico presente secondo il seguente schema:

setting attività	n. medici
Cure Intermedie – specialistica	1 / 10 PL
Cure Intermedie – Generale Geriatrica	1 / 20 PL
Cure Intermedie – Mantenimento	1 / 40 PL
RSA e RSA Alzheimer	1 ogni reparto
Stati Vegetativi	1 / 20 PL
Hospice	2 / 10 PL
Riabilitazione D.H.	1

Infine la dotazione organica standard per la figura di fisioterapista è determinata in funzione del setting di attività, del numero di posti accreditati e dei minuti di terapia per paziente/die indicati nel seguente schema.
Per i servizi ambulatoriali e domiciliari la dotazione organica va strutturata in base alla domanda di tali prestazioni proveniente dal territorio.

L'attività riabilitativa si svolge su 5 gg. alla settimana.

setting attività residenziali	n. minuti per pz/die
Cure Intermedie – specialistica	60
Cure Intermedie – Mantenimento	15
Cure Intermedie – Generale Geriatrica	45
RSA Alzheimer	6
Stati Vegetativi	15 x 2 die
Hospice	al bisogno
setting attività diurni	n. minuti per pz/die
Riabilitazione D.H. Specialistica	60
Riabilitazione D.H. Generale Geriatrica	45
Ciclo Diurno Continuo	45
Riabilitazione Ambulatoriale	50
Riabilitazione domiciliare (ex art. 26)	50+30 trasfer.
Cure Domiciliari (ex ADI)	50+30 trasfer.
RSA aperta	50+30 trasfer.

Per ciò che concerne nello specifico l'ambito sanitario, nelle tre strutture sono accreditate le seguenti attività ambulatoriali:

- a Milano: Poliambulatorio - branche di Medicina Fisica e riabilitativa, Geriatria e CDCD, Neurologia, Radiologia Diagnostica ed ecografia internistica - e Laboratorio analisi (Laboratorio Clinico Generale con aree specialistiche: Patologia Clinica - Microbiologia e Virologia);
- a Vimodrone: Poliambulatorio - branche di Medicina Fisica e riabilitativa, Geriatria, Cardiologia, Radiologia Diagnostica ed ecografia internistica - e punto prelievi;
- ad Abbiategrasso: Poliambulatorio - branche di Geriatria e CDCD, Neurologia - e punto prelievi;

Ai sensi della normativa regionale vigente, la dotazione organica prevede una equipe di base composta da figure obbligatorie (Medico Responsabile, Infermiere prof., Medico Specialista), la cui presenza è prevista per tutto l'orario di funzionamento del singolo Poliambulatorio (infermiere prof.), durante l'erogazione delle prestazioni (Medico Specialista nella branca relativa), ma soprattutto in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta (Specialisti, infermieri prof., Fisioterapisti, personale tecnico, personale di supporto).

Nella sezione sottostante vengono forniti, quale punto di partenza, alcuni confronti numerici (unità, FTE e percentuali distinte per genere) tra la dotazione del personale dipendente al 31/12/2024 e al 31/12/2025:

Consistenza personale (unità) 31/12/2024-31/12/2025

Macroprofilo	31/12/2024			31/12/2025			Δ
	Donne	Uomini	TOTALE	Donne	Uomini	TOTALE	
ASSISTENTE SOCIALE	11		11	11		11	=
DIRIGENZA MEDICA	35	21	56	33	18	51	-5
DIRIGENZA PTA	2	4	6	5	5	10	4
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	2		2	2		2	=
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO	47	40	87	44	35	79	-8
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO - ANIMATORE	5	1	6	4	1	5	-1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	83	29	112	80	31	111	-1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	151	39	190	146	39	185	-5
PERSONALE INFERMIERISTICO	109	54	163	111	52	163	=
PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	14	37	51	13	37	50	-1
PERSONALE TECNICO SANITARIO	7	1	8	7	1	8	=
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	115	24	139	104	22	126	-13
OPERATORE SOCIO SANITARIO	292	90	382	329	93	422	40
ASSISTENTE RELIGIOSO		1	1		1	1	=
Totale complessivo	**873**	**341**	**1214**	**889**	**335**	**1224**	**10**

Consistenza personale dipendente distinto fra "Donne " e "Uomini "

Sesso	31/12/2024	%	31/12/2025	%
DONNE	873	71,91	889	72,63
UOMINI	341	28,09	335	27,37
Totale complessivo	**1214**		**1224**	

Consistenza (FTE) personale dipendente per "Macroprofilo"

Macroprofilo	31/12/2024			31/12/2025		
	Donne	Uomini	TOTALE	Donne	Uomini	TOTALE
ASSISTENTE SOCIALE	11,00		11,00	10,83		10,83
DIRIGENZA MEDICA	34,84	21,00	55,84	33,00	18,00	51,00
DIRIGENZA PTA	2,00	4,00	6,00	5,00	5,00	10,00
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	2,00		2,00	2,00		2,00
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO	46,17	38,33	84,50	43,00	33,33	76,33
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO - ANIMATORE	4,83	1,00	5,83	3,83	1,00	4,83
PERSONALE AMMINISTRATIVO	81,33	28,67	110,00	78,66	30,67	109,33
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	137,82	35,33	173,15	133,32	35,33	168,65
PERSONALE INFERMIERISTICO	107,50	53,67	161,16	109,50	51,83	161,33
PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	14,00	37,00	51,00	13,00	37,00	50,00
PERSONALE TECNICO SANITARIO	6,50	1,00	7,50	6,50	1,00	7,50
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	104,15	23,67	127,82	93,65	21,67	115,32
OPERATORE SOCIO SANITARIO	288,50	90,00	378,50	325,00	92,67	417,66
ASSISTENTE RELIGIOSO		1,00	1,00		1,00	1,00
Totale complessivo	**840,64**	**334,66**	**1175,30**	**857,29**	**328,50**	**1185,79**

Il ricorso a contratti a tempo determinato è limitato e fotografa una situazione di sostanziale stabilità.

Consistenza personale dipendente, distinto fra "T. Indet." e "T. Det."

Contratto	01/01/2025	31/12/2025
PERS.LE DIP.TE A "**TEMPO DETERMINATO**"	14	13
PERS.LE DIP.TE A "**TEMPO INDETERMINATO**"	1193	1211
Totale complessivo	**1207**	**1224**

L'attività erogativa, oltre che con personale strutturato, è altresì garantita attraverso altre forme di collaborazione (interinali e LP), come sotto rappresentato:

Consistenza personale "esterno" al 31 dicembre 2025

Tipologia	01/01/2025	31/12/2025
PERS.LE IN SOMMINISTRAZIONE	36	34
LIBERI PROFESSIONISTI	86	90
Totale complessivo	**122**	**124**

N. 9 reparti (di cui: 4 a Milano, 4 a Vimodrone e 1 ad Abbiategrasso, per complessivi n. 429 posti letto), sono stati oggetto di affidamento ad operatori economici esterni, dapprincipio riferitamente al personale ASA/OSS e successivamente con riferimento anche personale medico/infermieristico.

Modalità di reclutamento

Il reclutamento del personale avviene nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e della contrattazione collettiva per ogni categoria di appartenenza.

Le procedure di reclutamento avvengono mediante:

- procedure selettive pubbliche (a tempo determinato o indeterminato), secondo le normative via via vigenti nel tempo,
- utilizzo di graduatorie di altre aziende,
- avviamento degli iscritti nelle liste dei Centri per l'impiego per le qualifiche ed i profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo,
- mobilità e comando tra pubbliche amministrazioni,
- instaurazione di rapporti libero professionali, attraverso procedure comparative.

Il rapporto di lavoro dipendente è disciplinato, oltre che dalla normativa nazionale e dal codice civile, dai contratti collettivi nazionali:

- CCNL Area Sanità per la dirigenza medica e sanitaria non medica
- CCNL Area Funzioni Locali per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa
- CCNL Area Comparto Sanità per il personale dell'area non dirigenziale.

Per le figure residuali di custodi degli stabili amministrati dall'Azienda, il riferimento è il CCNL per i dipendenti da Proprietari di Fabbricati.

E' altresì fatta salva la possibilità per l'Azienda di ricorrere a soluzioni esterne per la copertura del fabbisogno, quali:

- l'esternalizzazione di servizi mediante individuazione di operatore economico cui affidare la gestione di specifici servizi o unità d'offerta
- il ricorso ad agenzie di somministrazione
- la stipula di convenzioni con altre aziende pubbliche.

Programmazione

La programmazione delle assunzioni deve coniugare il rispetto dei requisiti di legge (standard accreditamento, Contratti Collettivi Nazionali, normativa specifica di settore, ecc…) e di qualità nell'erogazione dei servizi con vincoli di Bilancio sempre più stringenti.

In particolare, la definizione del Piano assunzioni deve essere coerente con:

- i vincoli di bilancio
- il Piano organizzativo aziendale (attualmente in fase di revisione),
- la ridefinizione dei setting di cura garantendo, in attuazione della programmazione definita a livello aziendale, l'operatività delle singole unità di offerta,

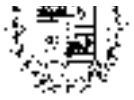
- il monitoraggio del turn over (dimissioni e collocamenti in quiescenza), che nel tempo presenta il seguente trend:

CESSAZIONI	2023	2024	2025
TOTALE	133	123	94

I principali accadimenti che hanno interessato la gestione delle risorse umane nel corso del 2025 e che rappresentano quindi il punto di partenza per la programmazione relativa al 2026, possono così sintetizzarsi:

- la nomina dell'Arch. Maria Antonia Ambrogetti quale Direttore Generale e Legale Rappresentante pro tempore dell'Azienda, a far data dal 13 gennaio 2025;
- a far data dal 1° luglio 2025, il trasferimento presso l'Azienda di un nuovo Dirigente Amministrativo con incarico di responsabile della struttura complessa della U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- sempre a decorrere dal 1° luglio 2025, a seguito dell'espletamento di concorso pubblico, l'instaurazione di n. 2 nuovi contratti da Dirigente Amministrativo;
- per quanto riguarda il restante personale, l'Azienda ha proceduto a coprire il turn over strettamente necessario a garantire la turnistica ed i requisiti di accreditamento, motivo per cui il saldo di unità (teste) al 31/12/2025, ancorchè in incremento rispetto al 31/12/2024, non mostra significativi scostamenti. In particolare, il 2025 è stato caratterizzato da un importante numero di assunzioni nel profilo di OSS ma da un significativo decremento di personale medico che ha reso necessaria la revisione della turnistica in due Istituti su tre.
- la sottoscrizione in data 27.10.2025 del nuovo CCNL relativo al personale del comparto sanità per il triennio 2022-2024: con gli stipendi del mese di novembre sono stati adeguati i valori ai nuovi importi contrattuali e corrisposti gli arretrati relativi all'annualità 2025. Nel corso dell'anno 2026 saranno invece erogati gli arretrati relativi all'anno 2024. Gli arretrati ammontano complessivamente a € 2.100.000.
- la sottoscrizione di accordi sindacali relativi all'area del comparto finalizzati allo sviluppo professionale del personale, attraverso l'indizione di avvisi interni finalizzati all'attribuzione di n. 24 incarichi di coordinamento infermieristico (oggi vacanti o da rinnovare) nonché a garantire la progressione verticale di un limitato numero di dipendenti. Le procedure sono attualmente in corso e si concluderanno nei primi mesi del 2026.

Nella seduta del 12 dicembre u.s., il Consiglio di Indirizzo ha approvato la seguente spesa per il personale per l'anno 2026.



	PRECHIUSURA 31/12/2025	BUDGET 2026	DIFFERENZA
B COSTI DELLA GESTIONE			
2 Per servizi	***12.658.781***	***14.100.000***	***1.441.219***
c) Collaboratori:	-		
c1) cooperativa e interinali	9.580.588	11.000.000	1.419.412
c2) Medici, specialisti e guardie mediche	2.183.193	2.200.000	16.807
c3)Altri collaboratori e indennità organi interni	895.000	900.000	5.000
4 Per il personale	***54.929.803***	***58.848.970***	***3.919.167***
a) salari e stipendi	*53.033.970*	*55.968.970*	*2.935.000*
b) oneri sociali	-	-	-
c) trattamento di fine rapporto	*10.028*	*10.000*	
d) trattamento di quiescenza e simili	-	-	-
e) altri costi	*130.000*	*130.000*	-
f) acc. Arretrati stipendi dell'esercizio	*515.805*	*1.500.000*	*984.195*
g) risorse aggiuntive regionali	*1.240.000*	*1.240.000*	-

In continuità con quanto già avviato nell'annualità precedente, la pianificazione delle assunzioni per il 2026 dovrà necessariamente tenere in considerazione l'impatto economico relativo agli aumenti contrattuali a seguito della sottoscrizione del nuovo CCNL Comparto Sanità, stimato in € 2.600.000 per la corrente annualità.
Dal punto di vista economico, occorre altresì ipotizzare i costi dei prossimi rinnovi contrattuali della Dirigenza Medica e Sanitaria nonché della Dirigenza Area Funzioni Locali (nel mese di novembre sono state sottoscritte le rispettive pre-intese, ora al vaglio della Corte dei Conti), che prevedono la corresponsione di arretrati contrattuali riferiti alle annualità 2024-2025 (pari ad € 516.000) e l'adeguamento delle voci stipendiali (tabellare e incarichi) a valere sul 2026, per un importo presunto di € 336.000.

In considerazione delle cessazioni già ad oggi note e del turn over 2025 non ancora coperto, azioni prioritarie per il 2026 saranno:

PERSONALE DIRIGENZIALE

- il reclutamento di figure di area medica (geriatri e fisiatri), per i quali nel 2025 sono stati indetti i relativi concorsi. Ove le procedure concorsuali non dovessero soddisfare i fabbisogni, l'Azienda procederà a reclutare professionisti attraverso procedure comparative (incarichi libero professionali), ovvero mediante ripetizione di ulteriori procedure concorsuali. Nei primi mesi dell'anno saranno inoltre espletate le procure (oggi in fieri) finalizzate al conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore Medico dell'Istituto di Abbiategrasso e di quello di Vimodrone.
- l'assunzione (in superamento di contratti libero professionali) anche a tempo determinato di n. 2 unità di personale della dirigenza sanitaria non medica – Psicologo;
- l'assunzione (in superamento di contratto libero professionale) a tempo determinato di n. 1 unità di personale della dirigenza medica – Anestesia e rianimazione;
- l'assunzione di un Dirigente delle Professioni sanitarie, a coordinamento di tutte le diverse professionalità sanitarie e tecnico-sanitarie aziendali;
- il potenziamento della UOC Pianificazione, Controllo e Sistemi Informativi, mediante assunzione anche a tempo determinato di un dirigente analista.

PERSONALE DEL COMPARTO

- il reclutamento di figure dell'area della riabilitazione (fisioterapisti/logopedisti), in considerazione dell'elevato tasso di turn over che il profilo presenta;
- la copertura del turn over di personale amministrativo e OSS, per il quale sono in corso di scorrimento le relative graduatorie concorsuali; il personale OTA (profilo ad esaurimento) *cessando*, verrà progressivamente riconvertito in profilo di Operatore Sociosanitario.
- l'indizione di un avviso di mobilità finalizzato a reclutare personale infermieristico, in ragione del risultato parziale ottenuto con l'espletamento del recente concorso che ha portato all'assunzione di complessive n. 9 unità, limitatamente per Abbiategrasso (dove è stato previsto l'incremento di n. 1 infermiere per il turno notturno, dedicato alla riabilitazione specialistica) e Vimodrone.
- L'indizione di un concorso per tecnico di laboratorio biomedico per assolvimento requisito di accreditamento ex DGR n. 7044/2022.
- La stabilizzazione del personale di cucina/dispensa avente i requisiti previsti.

Tutto ciò premesso, tenuto conto sia delle possibili riconversioni/ricollocazioni di personale interno che di realistiche previsioni di assunzione rispetto ad esiti di procedure selettive, la dotazione di personale viene così sintetizzata:

Macroprofilo	31/12/2024 TOTALE	31/12/2025 TOTALE	Δ	FABBISOGNO INCREMENTALE RISPETTO AL 31/12/2025
ASSISTENTE SOCIALE	11	11	=	**0**
DIRIGENZA MEDICA	56	51	-5	**5**
DIRIGENZA PTA	6	10	4	**1**
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	2	2	=	**3**
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO	87	79	-8	**0**
OPERATORE TECNICO NON SANITARIO - ANIMATORE	6	5	-1	**0**
PERSONALE AMMINISTRATIVO	112	111	-1	**2**
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	190	185	-5	**5**
PERSONALE INFERMIERISTICO	163	163	=	**3**
PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	51	50	-1	**1**
PERSONALE TECNICO SANITARIO	8	8	=	**1**
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	139	126	-13	**0**
OPERATORE SOCIO SANITARIO	382	422	40	**10**
ASSISTENTE RELIGIOSO	1	1	=	**0**
Totale complessivo	**1214**	**1224**	**10**	**31**

La programmazione per le annualità 2027 e 2028 dovrà necessariamente tenere conto del contesto economico finanziario, ad oggi molto complesso in quanto caratterizzato da una situazione debitoria di non facile soluzione. A ciò si aggiunge anche la possibilità di un eventuale ingresso delle ASP lombarde nella sanità, previa modifica normativa il cui iter approvativo è tuttora in evoluzione.
Pertanto, l'incertezza dell'attuale contesto generale non permette la definizione di politiche programmatorie chiaramente definibili che, prudenzialmente, si traducono – allo stato – in una garanzia di copertura nelle diverse annualità del turn over di personale.

Formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento professionale rappresentano le leve fondamentali per la crescita professionale dei dipendenti.

Le attività di formazione sono in particolare finalizzate a:

• valorizzare il patrimonio professionale presente nell'ente;

• assicurare il supporto conoscitivo al fine di garantire l'operatività dei servizi migliorandone la qualità e l'efficienza;

• sostenere l'aggiornamento professionale in relazione all'utilizzo di nuove metodologie lavorative ovvero di nuove tecnologie, nonché il costante adeguamento delle prassi lavorative alle eventuali innovazioni intervenute, anche per effetto di nuove disposizioni sopravvenute;

• incentivare comportamenti innovativi che consentano l'ottimizzazione dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi pubblici, nell'ottica di sostenere i processi di cambiamento organizzativo.

L'ASP Golgi-Redaelli ha da tempo acquisito l'accreditamento come Provider ECM/CPD qualificato ed è quindi abilitato al rilascio di crediti ECM.

Il Piano formativo aziendale (PFA) 2026 è stato strutturato mediante rilevazione dei diversi fabbisogni formativi, previa valutazione da parte del Comitato Scientifico Aziendale.

L'Azienda è infatti dotata di un Comitato Scientifico, a carattere multidisciplinare, il cui scopo è quello di assicurare la corrispondenza tra le attività previste nel piano di formazione ed i fabbisogni formativi delle categorie professionali per le quali si organizzano interventi di formazione, le analisi di efficacia e di efficienza formativa e l'implementazione delle attività educazionali medesime.

Con DDG n. 8 del 13.01.2026 il PFA è stato formalmente adottato dall'Azienda; è consultabile al seguente link https://www.golgiredaelli.it/noi-chi-siamo/ricerca/ Il budget definito sia per l'erogazione di corsi interni che per partecipazione a corsi esterni è stato confermato in € 85.000.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

Sezione/Sottosezione	Modalità	Strumenti	Tempistiche	Responsabile
Valore pubblico (obiettivi strategici)	Secondo disposizioni Regolamento di Organizza-zione e Contabilità, eventualmente meglio dettagliate con disposizioni interne Rilevazione di soddisfazione degli utenti	Come individuati aziendalmente per periodo di riferimento	Secondo disposizioni Regolamento di Organizzazione e Contabilità, eventualmente meglio dettagliate con disposizioni interne Approvazione di Relazione sulla Performance entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di rifermento	Secondo disposizioni Regolamento di Organizzazione e Contabilità Organo di Indirizzo politico per approvazione Relazione sulla Performance OiV per validazione Relazione sulla Performance
Performance (obiettivi operativi + performance individuale)	Secondo disposizioni Regolamento di Organizza-zione e Contabilità, eventualmente meglio dettagliate con disposizioni interne Rilevazione di soddisfazione degli utenti	Come individuati aziendalmente per periodo di riferimento	Secondo disposizioni Regolamento di Organizzazione e Contabilità, eventualmente meglio dettagliate con disposizioni in- terne Approvazione di Relazione sulla Performance entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di rifermento	Secondo disposizioni Regolamento di Organizzazione e Contabilità Organo di Indirizzo politico per approvazione R lazione sulla Performance OiV per validazione Relazione sulla Performance
Rischi corruttivi e trasparenza	Secondo indicazioni ANAC	Come individuati nel PTPCT aziendale vigente	Come individuate nel PTPCT aziendale vigente	RPCT
Organizzazione e capitale umano	Verifica da parte dell'Organismo di Valutazione della coerenza con gli obiettivi di performance	Come individuati da OiV	Triennale	OiV

**Regolamento di Organizzazione e Contabilità aziendale consultabile al link https://www.golgiredaelli.it/wp- content/uploads/2018/11/re- golamento-di-organizzazione-e-contabilita-22.12.2021.pdf*ll

Il monitoraggio su eventuali **procedimenti attivati ex d.lgs. 198/2009** (azione in giudizio da parte di soggetti legittimati, al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio) viene demandato alla competente UOS Avvocatura e Gestione Legale.

Il monitoraggio integrato sinora condotto secondo quanto sopra delineato non ha rilevato criticità sull'applicazione delle misure e delle disposizioni del PIAO vigente pro-tempore.