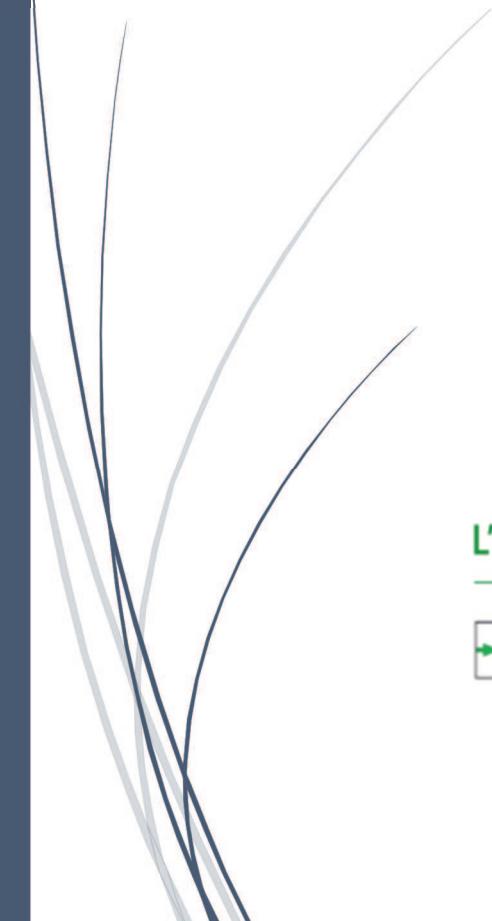


PIAO 2026-2028

Piano Integrato di Attività e Organizzazione



L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori

via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Sommario

Premessa

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto

Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

- 2.1.1 Mission e Vision
- 2.1.2 Il Contesto Oncologico e le Sfide Sanitarie
- 2.1.3 Collaborazioni Strategiche e Formazione Avanzata
- 2.1.4 Partecipazione a Reti Regionali, Nazionali e Internazionali, Accreditamenti di Qualità e Centri di Riferimento dell'Istituto Nazionale dei tumori di Milano
- 2.1.5 Rapporti con gli Stakeholder: Associazioni e Volontariato dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano
- 2.1.6 INT e la Ricerca
- 2.1.7 Obiettivi generali e specifici
- 2.1.8 Accessibilità
- 2.1.9 Semplificazione e Digitalizzazione

2.2 Sottosezione di programmazione – Performance

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

- 2.3.1 Contesto esterno
- 2.3.2 Contesto interno
- 2.3.3 Il Piano per la Ripresa e la Resilienza (PNRR)
- 2.3.4 Mappatura dei processi
- 2.3.5 Rischi corruttivi potenziali e concreti
- 2.3.6 Trattamento del rischio
- 2.3.7 Monitoraggio delle misure anticorruzione
- 2.3.8 Azioni e misure generali di prevenzione della corruzione 2025-2027
- 2.3.9 Trasparenza

Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura organizzativa

3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale (PTFP)

3.3 Formazione del personale

3.4 Piano delle azioni positive

3.5 Organizzazione del lavoro agile

Sezione 4: Monitoraggio

4.1 Sistemi di monitoraggio e verifica

Contesto normativo

Premessa

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** è, da una parte, un **documento identificativo** dell'Istituto, da compilare con tutte le informazioni essenziali riguardanti la sua struttura e l'identità, dall'altra, è un **documento programmatico** che assicura la qualità e la trasparenza dell'attività e che contiene i seguenti piani: piano triennale dei fabbisogni del personale, piano delle performance, piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, piano di organizzazione del Lavoro Agile e piano triennale delle azioni positive.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente.

Il PIAO è stato introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 (convertito con modificazioni in Legge 6 agosto 2021 n. 113); tale quadro normativo è stato completato dal:

- DPR 81/2022 che individua gli adempimenti assorbiti dal PIAO: piano dei fabbisogni di personale; piano della performance; piano di prevenzione della corruzione; piano organizzativo del lavoro agile; piani di azioni positive.
- DM 24 giugno 2022 che definisce il contenuto del PIAO e fornisce lo schema di “piano-tipo” per le Amministrazioni pubbliche, con la guida alla compilazione allegata al decreto.

Il PIAO 2026-2028 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (da ora in poi “Istituto”) declina in modo sintetico, integrato e coordinato i seguenti Piani e i Documenti adottati dall’Istituto, nel rispetto delle direttive regionali e nazionali:

- a) **Piano della Performance:** è il documento di programmazione triennale che ha lo scopo di definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Istituto, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.
- b) **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT):** è il documento di natura “programmatoria” con cui l’Istituto individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire/contenere il rischio.
- c) **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP):** definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e del turn-over del personale dipendente nel prossimo triennio.
- d) **Piano della Formazione:** individua, nell’ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale e gli obiettivi strategici dell’organizzazione aziendale, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali.
- e) **Documento di Organizzazione del Lavoro Agile:** stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.
- f) **Piano Triennale delle Azioni Positive:** ha lo scopo di individuare misure specifiche per eliminare in Istituto le forme di eventuale discriminazione rilevate che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

I Piani e i Documenti succitati sono adottati dagli organi di governo dell’Istituto, i cui provvedimenti e la documentazione relativa, nonché gli allegati di dettaglio, sono pubblicati e disponibili per la consultazione agli atti d’ufficio, in base alle regole della Trasparenza.

Il PIAO 2026-2028, infine, ricomprende anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.



Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori (*da ora in poi Istituto*) è Ente di diritto pubblico, di rilevanza nazionale dotato di personalità giuridica, avente piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Fondazione non ha scopo di lucro e ha durata illimitata.

Denominazione	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Fondatori	Ministero della Salute, Regione Lombardia, Comune di Milano
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sede legale	Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Sedi operative	Istituto Nazionale Tumori – Via Venezian 1, 20133 Milano Amadeo Lab - Via Amadeo 42, 20133 Milano Campus Cascina Rosa - Via Vanzetti 5, 20133 Milano Corso di Laurea in Infermieristica - Via Ponzio 46, 20133 Milano
Codice Fiscale	80018230153
Partita IVA	04376350155
Sito web	www.istitutotumori.mi.it
Disciplina giuridica	Legge n. 3 del 16.01.2003; D.Lgs. n. 288 del 16.10.2003; D.Lgs. n. 200 del 23.12.2022; Statuto Delibera CdA n. 42F del 17.11.2022
Logo	 L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia via Venezian, 1 20133 Milano

Presidente	Gustavo Galmozzi
Consiglio di Amministrazione (CdA)	
Direzione Strategica	Maria Teresa Montella (<i>Dir. Gen.</i>); Paolo Corradini (<i>Dir. Sc. f.f.</i>); Cesare Candela (<i>Dir. San.</i>); Maurizia Ficarelli (<i>Dir. Amm.</i>)
Dipartimenti	n. 7 -----> 4 sanitari, 2 di ricerca, 1 amministrativo
Strutture Complesse	n. 43 -----> 26 sanitarie, 5 di ricerca, 6 di staff, 6 amministrative
Strutture Semplici Dipartimentali	n. 19 -----> 12 sanitarie, 7 di ricerca
Strutture Semplici	n. 44 -----> 29 sanitarie, 6 di ricerca, 9 di staff

Personale (dotazione organica 1.01.2025)	1.784 dipendenti (1576 ospedale; 208 ricerca)
Produzione ospedaliera SSN (al 30.11.25)	10.474 ricoveri ordinari (di cui trapianti 143); 4.648 accessi day hospital; 1.269.891 prestazioni ambulatoriali;
Produzione ospedaliera SSN (al 31.12.25)	462 posti letto accreditati
Posti letto accreditati	12 sale operatorie; 1 sala procedura anestesiologica;
Sale Operatorie	140 ambulatori per visite, prelievi e diagnostica
Ambulatori	

Produzione scientifica	846 studi clinici; 807 pubblicazioni;
Formazione	165 eventi con lo sviluppo di 301 edizioni
Valore Bilancio	373 milioni €
Patrimonio	Indisponibile (<i>fabbricati a fini istituzionali</i>) e disponibile (<i>fabbricati e terreni</i>)

Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Inaugurato nel 1928, l'Istituto fu uno dei primi tre ospedali in Italia ad essere ufficialmente riconosciuto come Istituto di Ricerca con Regio Decreto del 1938. Da questo momento, l'INT si è dedicato alla ricerca e alla cura della salute, divenendo protagonista di grandi traguardi clinici e sanitari e punto di riferimento nella ricerca oncologica. Ad oggi, l'Istituto si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza e l'integrazione tra la clinica e la ricerca costituisce un plusvalore che rende la Fondazione un Comprehensive Cancer Center. La reputazione di eccellenza è dovuta alla capacità di garantire ricerca di alta qualità e approcci di cura avanzata, caratterizzati da una costante attenzione per l'innovazione tecnologica.

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori rappresenta il primo centro oncologico in Lombardia e in Italia, il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa, nonché l'unico Centro per la cura dei tumori italiano ad essere autorizzato al trapianto di fegato.

L'importante storia, i numeri e i traguardi sin qui raggiunti devono spronare l'INT a migliorare i livelli qualitativi e a mantenere un ruolo di primo piano nella sanità regionale e nazionale e, tra gli IRCCS, nella ricerca nazionale e internazionale, a tutela della salute dei pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori** è una realtà di rilievo nazionale nel campo della ricerca e della cura oncologica. Essa assume la forma giuridica di una **Fondazione di partecipazione**, in cui la governance e le scelte strategiche sono fortemente influenzate dai membri del **Consiglio di Amministrazione**, composto da una pluralità di soggetti pubblici e privati. Tra i principali fondatori figurano la **Regione Lombardia**, il **Ministero della Salute** e il **Comune di Milano**, che sono rappresentati con una specifica presenza all'interno del Consiglio di Amministrazione.

Gli organi principali della Fondazione sono:

- **Il Presidente**
- **Il Consiglio di Amministrazione**
- **Il Direttore Generale**
- **Il Direttore Scientifico**
- **Il Collegio Sindacale**
- **Il Collegio di Direzione**

2.1.1 Mission e Vision



Il valore pubblico dell'Istituto trova la sua applicazione:

nella **MISSION**, che è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un'ottica di presa in carico globale e personalizzata. I valori ed i principi che ispirano e guidano gli operatori sono:

- centralità della persona assistita con presa in carico globale in tutte le fasi della malattia;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo un adeguato ed appropriato utilizzo delle migliori tecniche diagnostiche e cure sistemiche e radioterapiche, e una stretta e precoce integrazione con i percorsi nutrizionali, di prehabilitation e con le cure palliative ("simultaneous care"). È garantito un approccio multidisciplinare sia per quanto attiene agli aspetti clinici che allo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale con rapido trasferimento ai pazienti e la valorizzazione delle risorse umane;
- implementazione delle collaborazioni nazionali e internazionali;
- formazione continua del personale sanitario.

nella **VISION** che è, invece, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza clinica e organizzativa, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese.

Pertanto si riportano di seguito gli **obiettivi generali** di:

- perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- effettuare prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- svolgere altre attività aventi i caratteri di eccellenza;

traducendo il valore pubblico nelle seguenti aree di azioni concrete:

- nella definizione e nel raggiungimento di obiettivi specifici;
- nell'accessibilità digitale e fisica;
- nella semplificazione e nella digitalizzazione.

2.1.2 Il Contesto Oncologico e le Sfide Sanitarie

Le malattie oncologiche rappresentano una delle sfide più importanti per la sanità pubblica a livello globale. Colpiscono un ampio numero di persone in tutte le età e hanno un impatto significativo sia sulla vita degli individui che sulla sostenibilità del sistema sanitario. Le neoplasie sono tra le principali cause di disabilità e mortalità nel mondo, con alta incidenza; a ciò si aggiunge che si evidenzia il contestuale aumento della sopravvivenza che impone un continuo impegno sia nella prevenzione, sia nella diagnosi e sia nel trattamento.

Negli ultimi decenni, l'evoluzione della medicina ha posto sempre maggiore enfasi sulla **medicina personalizzata** e sulla **biologia molecolare**, con progressi significativi nelle capacità di identificare le caratteristiche genetiche dei tumori e personalizzare i trattamenti in base alle specifiche mutazioni. Questo orientamento è allineato con le **strategie europee** e con i programmi internazionali, tra cui **HORIZON EUROPE**, che promuovono lo sviluppo di trattamenti avanzati e tecnologie innovative per migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici.

In Italia e in particolare in Lombardia, le politiche sanitarie sono orientate ad affrontare la crescente domanda di salute legata alle malattie oncologiche, mirando a un'efficienza gestionale sempre maggiore. Questo

implica non solo l'adozione di nuovi modelli gestionali - organizzativi che favoriscono l'integrazione tra ricerca e assistenza.

L'Istituto Nazionale dei Tumori è impegnato in una continua ricerca scientifica per sviluppare tecniche di **diagnosi precoce, trattamenti innovativi, medicina di precisione e biotecnologia**. Tali metodiche consentono di effettuare diagnosi tempestive e precoci individuando patient-tailored therapy.

L'adozione di **modelli organizzativi integrati**, che uniscono assistenza e ricerca, è un altro aspetto cruciale. La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori partecipa a importanti **progetti di ricerca** a livello nazionale e internazionale.

Inoltre, la partecipazione ai **Programmi Operativi Salute (POS)** e la **collaborazione con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** sono strumenti strategici per promuovere l'innovazione tecnologica e l'integrazione tra sanità e ricerca. In questo contesto, gli investimenti in **tecnologie avanzate e piattaforme di ricerca e assistenza** sono essenziali per lo sviluppo di trattamenti sempre più mirati, grazie a un approccio basato sulla **medicina personalizzata** e sull'analisi dei dati genomici e clinici dei pazienti.

Le sfide in ambito oncologico sono molteplici e richiedono un impegno costante per affrontare le nuove emergenze sanitarie e per rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana. Il **Covid-19** ha messo in evidenza l'urgenza di adottare **modelli organizzativi flessibili** e di ripensare le **priorità socio-sanitarie** in relazione alle malattie croniche, tra cui i tumori, che comportano un carico sanitario e sociale significativo.

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori è un punto di riferimento fondamentale nella lotta contro i tumori, con una visione di **innovazione continua, integrazione della ricerca con l'assistenza clinica**.

Obiettivo è mantenere cure appropriate, infatti la proporzionalità delle cure è elemento centrale, ed un trattamento non adeguato risulta essere arbitrario; il medico deve evitarlo o rifletterne anche collegialmente in ordine all'opportunità.

Le cure pertanto vanno rimodulate ove si rivelino non utili.

Il caso può essere visto in modo collegiale, multidisciplinare al fine di dare una risposta compiuta al paziente. Casi eticamente rilevanti possono essere quelli in cui emerge un conflitto di valori e una forte asimmetria informativa quali:

- Sospensione nutrizione
- L. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento."
- Sedazione palliativa
- Disaccordo tra familiari
- Casi pediatrici
- Orientamenti religiosi

Altro importante elemento di pianificazione è la costruzione della **Città della Salute e della Ricerca (CDSR)** che vede coinvolte le due Fondazioni IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Neurologico Carlo Besta nonché la previsione della costruzione di un ospedale generalista nell'area ex-Falck di Sesto San Giovanni (MI). Nel mese di dicembre 2025 le Fondazioni hanno sottoscritto apposito Atto aggiuntivo con relativo



cronoprogramma che prevede un tempo di realizzazione pari a 45 mesi dalla data di sottoscrizione del richiamato Atto.

Questo progetto ha aspetti organizzativi e gestionali che richiedono fin da subito una chiara visione di ciò che dovrà essere messo in atto nel medio termine in questa struttura. Infatti la continua evoluzione tecnologica, combinata con il rafforzamento della collaborazione anche tra pubblico e privato oltre che tra Enti Pubblici, è essenziale per garantire ai pazienti un trattamento sempre più tempestivo, preciso e meno invasivo. In questo scenario, la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori rappresenta un centro di eccellenza per la ricerca e la cura dei tumori, non solo a livello nazionale, ma anche con proiezioni internazionali.

Il progetto CDSR vede fin da subito la necessità di un'integrazione degli ambiti informatici per garantire percorsi integrati individuando gli aspetti da porre a fattor comune.

Un ambito in cui la Fondazione ha accelerato il proprio impegno riguarda lo sviluppo e l'implementazione di **tecnologie avanzate**, tra cui la **telemedicina** e il **teleconsulto**, al fine di garantire l'accesso alle cure anche a distanza e ottimizzare le risorse. L'integrazione di sistemi digitali per la gestione delle informazioni sanitarie e amministrative è un obiettivo chiave, con investimenti significativi in **digitalizzazione**, per rendere i percorsi assistenziali più rapidi ed efficienti. La crescente diffusione delle tecnologie di Intelligenza Artificiale (IA) nei contesti sanitari ha generato un impatto multidimensionale su processi clinici, amministrativi e di ricerca, con potenzialità innovative ma anche rischi significativi per la sicurezza dei pazienti, la protezione dei dati personali, la proprietà intellettuale e la compliance normativa; rilevata quindi l'esigenza della Fondazione di istituire un Board interno denominato INTACT specializzato per mappare, classificare e valutare tali tecnologie.

La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori** è anche un attore primario nel rafforzamento delle **reti internazionali**, come gli **European Reference Networks (ERNs)**, e contribuisce alla crescita della **ricerca scientifica** applicata in oncologia, con un'attenzione particolare alla **trasferibilità dei risultati** nella pratica clinica. La Fondazione partecipa attivamente al progetto PNC Life Science TTO Network PerfeTTO, la prima rete italiana composta da Uffici di Trasferimento Tecnologico (TTO) specializzati nel settore delle Scienze della Vita. Finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Piano Nazionale Complementare (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il progetto scadrà nel settembre 2026. L'iniziativa mira a promuovere e incentivare la cultura nazionale del trasferimento tecnologico nelle Scienze della Vita, favorendo la valorizzazione dei risultati della ricerca attraverso meccanismi di collaborazione tra enti pubblici e privati.

2.1.3 Collaborazioni Strategiche e Formazione Avanzata

In un contesto di forte collaborazione con le istituzioni accademiche, la Fondazione ha instaurato un **accordo con il Politecnico di Milano** per la creazione di una **Joint Research Platform** (n. 55-DP del 13/05/2025), composta da laboratori congiunti focalizzati su **tecnologie avanzate, intelligenza artificiale e nanotecnologie applicate all'oncologia**. Questi laboratori, come il **LEARN Lab** e il **MIND Lab**, si propongono di accelerare i tempi della ricerca in oncologia, con particolare attenzione alle tecnologie che possano migliorare la diagnosi e il trattamento dei tumori.



Inoltre, la **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori** collabora con l'**Università degli Studi di Milano**, consolidando il proprio ruolo di **polo formativo universitario** per la **specializzazione in oncologia** e in **ricerca biomedica**, offrendo **scuole di specializzazione, dottorati di ricerca e master** nell'ambito delle scienze oncologiche. L'Istituto è inoltre attivamente coinvolto nei principali programmi europei di formazione e ricerca, come **ERASMUS, Marie Curie Actions** e **ERC**, contribuendo alla formazione di nuovi talenti e alla creazione di reti internazionali di ricerca.

Partecipazione a Progetti Nazionali e Internazionali

La Fondazione si distingue anche per il suo impegno nell'attuazione delle **Linee di Azione del Piano Operativo Salute (PON)**, con particolare focus su **eHealth, diagnostica avanzata, medical device e medicina personalizzata**, contribuendo così alla **trasformazione digitale** e all'adozione di approcci innovativi nella cura dei pazienti oncologici.

La Fondazione ha l'obiettivo di partecipare alle **Piattaforme Tecnologiche Nazionali**, finalizzate alla valorizzazione delle tecnologie innovative e allo sviluppo di soluzioni avanzate per il trattamento dei tumori, in adesione alle proposte ministeriali, anche in ambito europeo e internazionale.

Infine, l'Istituto è impegnato nell'implementazione di **percorsi formativi** e di **ricerca interdisciplinare**, favorendo la collaborazione tra università, centri di ricerca e aziende, per sviluppare progetti innovativi in oncologia e migliorare la qualità delle cure. La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori** è quindi un attore di primo piano, non solo nella cura dei pazienti oncologici, ma anche nella **ricerca avanzata**, nella **formazione di specialisti** e nella **promozione di tecnologie innovative** che contribuiranno a definire il futuro della medicina oncologica in Italia e a livello internazionale.

2.1.4 Partecipazione a Reti Regionali, Nazionali e Internazionali, Accreditamenti di Qualità e Centri di Riferimento dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

L'**Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT)** partecipa altresì alle **reti nazionali e regionali**; per quanto attiene la **Rete Oncologica Lombarda** riunisce tutte le strutture oncologiche della Lombardia per garantire un approccio integrato alla cura dei pazienti oncologici e favorire la diffusione delle migliori pratiche cliniche. La rete promuove anche la collaborazione tra i centri regionali, consentendo lo scambio di risorse, dati clinici e scientifici. In aggiunta, l'**INT** partecipa alla **Rete delle Malattie Rare della Regione Lombardia** e alla **Rete dei Tumori Rari**, creando sinergie tra l'oncologia e la ricerca.

L'**INT** fa parte delle reti nazionali di seguito esposte:

- **Alleanza contro il Cancro (ACC):** L'**INT** è membro attivo di questa rete nazionale che riunisce gli **IRCCS** oncologici italiani, con l'obiettivo di promuovere la ricerca e la cooperazione in campo oncologico, favorire l'adozione di linee guida comuni, l'implementazione di protocolli di cura condivisi e l'adozione delle più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche.
- **Rete delle Malattie Rare (RM):** Attraverso la partecipazione alla **Rete Nazionale delle Malattie Rare**, l'**INT** contribuisce alla gestione e al trattamento di patologie oncologiche rare, spesso difficili da diagnosticare e trattare. Questa rete facilita la condivisione di esperienze e conoscenze cliniche tra i



principalmente i principali centri oncologici italiani, per migliorare la diagnosi e il trattamento delle malattie oncologiche rare.

- **Rete Italiana Salute dell'Età Evolutiva (IDEA):** Questa rete raccoglie gli **IRCCS** che si occupano della salute dei bambini. Sebbene l'**INT** abbia casistica prevalente sull'oncologia per adulti, partecipa a questa rete per collaborare nella gestione dei **tumori pediatrici**, avendo casistica rilevante su scala nazionale.
- La Fondazione, con il **progetto "Bridging the gaps"**, è risultata vincitrice del premio “Esiti per il paziente” nella categoria VBHC PROJECTS, nell’ambito del Lean Healthcare Award 2025.
- **Rete regionale dei Centri per la diagnosi e cura dei sarcomi nel paziente adulto** finalizzato all’attivazione della Rete regionale dei sarcomi nell’ambito della Rete regionale per il trattamento dei tumori rari. Il progetto pilota ha avuto formalmente avvio il 12/06/2025. Deliberazione N. XII/ 4056 del 17/03/2025 - DGR n. XII/1438 del 27/11/2023 e DGR n. XII/2173 del 15/04/2024

L'**INT** fa parte delle reti, progetti ed accreditamenti di seguito esposti:

- **Accreditamento istituzionale:** La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori opera all’interno del sistema sanitario regionale in regime di autorizzazione, accreditamento istituzionale e contrattualizzazione con il Servizio Sanitario Nazionale, garantendo l’erogazione di prestazioni sanitarie nel rispetto degli standard normativi e qualitativi previsti. Tale attività è iniziata il 30 dicembre 1998.

L’accreditamento istituzionale costituisce il procedimento attraverso il quale la Regione verifica il possesso, da parte delle strutture sanitarie, dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e di qualità necessari per l’erogazione di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale processo, fondato anche sui requisiti previsti dal sistema autorizzativo vigente (D.P.R. 14 gennaio 1997 e successive modificazioni e integrazioni), rappresenta una garanzia di sicurezza, appropriatezza e tutela per il cittadino.

- **European Reference Networks (ERNs):** L'**INT** è membro di diversi **ERNs**, che sono reti europee di eccellenza per il trattamento di patologie rare e complesse. Queste reti, istituzionalizzate dalla **Direttiva 2011/24/UE** del Parlamento Europeo, favoriscono la collaborazione tra centri specializzati per garantire ai pazienti l’accesso alle migliori cure, indipendentemente dalla loro localizzazione geografica. Le principali reti di riferimento per l'**INT** includono:
 - **ERN EURACAN:** Rete europea per i **tumori solidi** negli adulti, alla quale l'**INT** contribuisce con il suo expertise in oncologia e in trattamenti innovativi.
 - **ERN PaedCan:** Rete europea per l'**oncologia pediatrica**, nella quale l'**INT** collabora nella ricerca e nella gestione dei tumori pediatrici, in particolare per i casi che richiedono approcci altamente specializzati.
 - **ERN Euro-NMD:** Rete per le **patologie neuromuscolari**, in cui l'**INT** contribuisce con la sua esperienza nei tumori muscolari e nelle neoplasie del sistema nervoso centrale.
- **OECI (Organization of European Cancer Institutes):** L'**INT** è membro dell'**OECI**, una delle più prestigiose organizzazioni europee che unisce istituti oncologici di eccellenza in Europa. L’obiettivo dell’**OECI** è promuovere la collaborazione tra i centri oncologici per migliorare la qualità della ricerca e dei trattamenti, garantendo ai pazienti il miglior accesso possibile alle terapie più avanzate e innovative.



- **JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT):** L'INT partecipa anche alla **JACIE**, un'organizzazione che promuove l'accreditamento dei centri di terapia cellulare e di trapianto di cellule staminali ematopoietiche. JACIE si occupa di standardizzare e promuovere l'eccellenza nel trattamento e nell'assistenza ai pazienti sottoposti a trapianti, un ambito che include anche i tumori ematologici.
- **Health Promoting Hospitals (HPH):** L'INT è membro del progetto **Health Promoting Hospitals**, un'iniziativa dell'**OMS** che promuove l'adozione di politiche sanitarie e cliniche orientate alla promozione della salute e al miglioramento continuo della qualità dei trattamenti e dell'assistenza sanitaria negli ospedali.
- **WHO Collaborating Centre for Family of International Classifications (WHO-CC):** L'INT è anche parte del **Centro Collaboratore OMS** per lo sviluppo e la diffusione delle classificazioni internazionali, in particolare per i temi legati alla **riabilitazione oncologica**, alla **disabilità** e alla **qualità della vita** dei pazienti oncologici.

Regione Lombardia ha individuato INT mediante appositi provvedimenti di seguito elencati:

Centro di riferimento	Regione	Data del provvedimento	Estremi provvedimento
AGGIORNAMENTO ELENCO DEI CENTRI DI SENOLOGIA	Lombardia	18/11/2022	"Decreto 16636 - DIREZIONE GENERALE WELFARE AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI CENTRI DI SENOLOGIA AFFERENTI ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE E A CONTRATTO CHE APPARTENGONO ALLA RETE REGIONALE DEI CENTRI DI SENOLOGIA"
Aggiornamento Breast Unit 2023	Lombardia	07/11/2023	"Decreto della Direzione Generale Welfare n. 17398: Aggiornamento dell'elenco dei Centri di senologia afferenti alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto che appartengono alla Rete Regionale dei Centri"
Rete Malattie Rare	Lombardia	28/12/2022	3_DGR n.XI_7753 del 28-12-2022 - Rete Malattie Rare
Aggiornamento Rete Regionale malattie rare	Lombardia	24/07/2023	4_DGR n.XII_725 del 24-07-2023 - Aggiornamento Rete Regionale malattie rare
Aggiornamento Centri Melanoma lista 2023	Lombardia	13/06/2023	Circolare Regione Lombardia - Aggiornamento Centri Melanoma lista 2023 - G1.2023.0021951
ROL - Rete Oncologica Lombarda	Lombardia	11/10/2022	"Decreto RL 14505 - Riorganizzazione ROL Rete Oncologica Lombarda RETI CLINICO ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE, RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ONCOLOGICA DI REGIONE LOMBARDIA (ROL) E NOMINA DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO DELLA RETE e Decreto RL

			17313 29-11-2022 INTEGRAZIONE DEI COMPONENTI"
Trasfusioni e SIMT	Lombardia	25/07/2012	DGR IX_3825 AGGIORNAMENTO DEI RUOLI E DELLE FUNZIONI DELLE STRUTTURE CHE COSTITUISCONO IL SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE
REL - Rete Ematologica Lombarda	Lombardia	03/03/2022	"Decreto RL n. 2791 RETI CLINICO ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE, RIATTIVAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE EMATOLOGICA DI REGIONE LOMBARDIA (REL) E NOMINA DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO DELLA RETE."
Rete Nutrizione Clinica	Lombardia	18/10/2022	"Decreto RL n. 14890 RETI CLINICO ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE - NOMINA DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO E APPROVAZIONE DEL PIANO DI RETE DELLA RETE REGIONALE DELLA NUTRIZIONE CLINICA"
Sistema regionale trapianti - Coordinatore trapianti	Lombardia	04/11/2022	"DGW 15782 del 4-11-2022 SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI: NOMINA DEL COORDINATORE REGIONALE TRAPIANTI E DEL COMITATO REGIONALE TRAPIANTI"
Sistema regionale trapianti - Coordinatore trapianti	Lombardia	14/02/2022	"PARERE DI REGIONE LOMBARDIA AL RINNOVO DA PARTE DEL MINISTERO DELLA SALUTE DELL'AUTORIZZAZIONE A STRUTTURE SANITARIE LOMBARDE, SEDE DI CENTRO TRAPIANTI, A SVOLGERE ATTIVITA' DI TRAPIANTO DI PARTI DI FEGATO DA DONATORE VIVENTE, AI SENSI DELL'ART. 7 DEL DM SALUTE 16 APRILE 2010, N. 116"
Centri Regionali di Riferimento legittimati al rilascio del parere/autorizzazione per cure all'estero Art. 3 D.M. 3/11/1989	Lombardia	15/11/2023	"Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio 8 - Regione Lombardia Centri Regionali di Riferimento legittimati al rilascio del parere/autorizzazione per cure all'estero Art. 3 D.M. 3/11/1989 Branche specialistiche: Ematologia Oculistica (solo patologie tumorali) Oncologia medica (solo patologie tumorali) Radioterapia (solo patologie tumorali) Trapianti di tessuti e midollo osseo Urologia (solo patologie tumorali)"
Cure palliative	Lombardia	28/12/2012	"DGR IX_4610 del 28-12-2012 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE E ALLA RETE DI TERAPIA DEL



			DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 38 DEL 15 MARZO 2010, DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE"
RETE-TRAPIANTI CSE	Lombardia	06/11/2015	"DGR X_4281 del 6-11-015 RIORGANIZZAZIONE ED EFFICIENTAMENTO DELLE ATTIVITA' DI PRELIEVO E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI - DALLA RETE AL SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI"
Centri di diagnosi dei tumori al pancreas (Pancreas Unit)	Lombardia	04/04/2022	"DGR n.XI_6241 DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTIVAZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI CENTRI DI DIAGNOSI E CURA DEI TUMORI DEL PANCREAS (PANCREAS UNIT)"
Attuazione Pancreas Unit	Lombardia	29/01/2024	"DGR n.XII_1802 del 29-01-2024 RETE REGIONALE DEI CENTRI DI DIAGNOSI E CURA DEI TUMORI DEL PANCREAS (PANCREAS UNIT): DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DELLA DGR N. XI/6241 DEL 04/04/2022"
Istituzione Molecular Tumor Board	Lombardia	30/05/2023	"MINISTERO DELLA SALUTE - DECRETO 30 maggio 2023 Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS). (23A04587) (GU n.190 del 16-8-2023)"
RINNOVO COORDINAMENTO Rete Nazionale dei Tumori Rari	Lombardia	07/03/2022	"Decreto Ministeriale 7 marzo 2022 - RINNOVO Coordinamento funzionale della Rete Nazionale dei Tumori Rari, (istituito con decreto del Ministro della salute del 1° febbraio 2018)"
"ERN EURACAN Italy-INT European Reference Networks for rare diseases (ERN) (24 reti)"	Lombardia	01/03/2017	"ERN EURACAN - National Institute of Milan tumors Connective tissue and viscerae (Sarcomas), Female genital organs and placenta, Head and neck, Male genital organs and the urinary tract, Neuroendocrine system, Thorax"
"ERN - European Reference Networks - UE_2019_1269 criteri per l'istituzione e la valutazione delle reti di riferimento europee e dei loro membri "	Lombardia	26/07/2019	"ERN Reti - UE_2019_1269 - Gazzetta ufficiale dell'Unione europea - DECISIONE DI ESECUZIONE (UE) 2019/1269 DELLA COMMISSIONE del 26 luglio 2019 che modifica la decisione di esecuzione 2014/287/UE della Commissione che stabilisce criteri per l'istituzione e la valutazione delle reti di riferimento europee e dei loro membri e per

			agevolare lo scambio di informazioni e competenze in relazione all'istituzione e alla valutazione di tali reti"
ESECUZIONE Test NGS per pazienti con COLANGIOCARCINOMA	Lombardia	25/09/2023	"DGR n.XII_989 DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 6 MARZO 2023: IMPEGNO DI REGIONE LOMBARDIA AD ATTIVARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE PER L'ESECUZIONE DEI TEST NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) AI PAZIENTI AFFETTI DA COLANGIOCARCINOMA NON OPERABILE O RECIDIVATO"
ESECUZIONE test NGS per pazienti con CA METASTATICO POLMONE	Lombardia	30/11/2022	"DGR n.XI_7431 DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 30 SETTEMBRE 2022: IMPEGNO DI REGIONE LOMBARDIA AD ATTIVARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE PER L'ESECUZIONE DEI TEST NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) AI PAZIENTI CON CARCINOMA METASTATICO DEL POLMONE"
POTENZIAMENTO ATTIVITA' ANALITICHE DI SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE (NEXT GENERATION SEQUENCING - NGS)	Lombardia	19/09/2022	"DGR XI_6989 RETE REGIONALE DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO: APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO PER IL POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' ANALITICHE DI SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE (NEXT GENERATION SEQUENCING - NGS) AI SENSI DELLA DGR N. XI/6330 DEL 02/05/2022"
Aggiornamento RETE REGIONALE PER LE MALATTIE RARE	Lombardia	28/12/2022	"DGR XI_7753 Aggiornamento Rete Regionale Malattie Rare"
Rete regionale dei Centri per la diagnosi e cura dei sarcomi nel paziente adulto finalizzato all'attivazione della Rete regionale dei sarcomi nell'ambito della Rete regionale per il trattamento dei tumori rari. Il progetto pilota ha avuto formalmente avvio il 12/06/2025.	Lombardia	17/03/2025	Deliberazione N. XII/ 4056 del 17/03/2025 PROGRAMMA DI AZIONE QUINQUENNALE 2023-2027 IN ATTUAZIONE DELLE LINEE STRATEGICHE REGIONALI IN CAMPO ONCOLOGICO: ISTITUZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI CENTRI PER LA DIAGNOSI E CURA DEI SARCOMI NEL PAZIENTE ADULTO AI SENSI DELLA DGR N. XII/1438 DEL 27/11/2023 E DELLA DGR N. XII/2173 DEL 15/04/2024
Centri autorizzati alla somministrazione delle CAR-T in Lombardia: 8 centri di alto profilo e	Lombardia	07/08/2019	"AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO - DETERMINA 7 agosto 2019 Regime di rimborsabilità e prezzo del medicinale per uso umano «Kymriah». (Determina n. 1264/2019).

competenza, con elevati standard di qualità e sicurezza			(19A05147) (GU n.188 del 12-8-2019) e DETERMINA 4 novembre 2019 Regime di rimborsabilità e prezzo del medicinale per uso umano «Yescarta». (Determina n. DG/1643/2019). (19A06932) (GU n.264 del 11-11-2019)"
---	--	--	---

2.1.5 Rapporti con gli Stakeholder: Associazioni e Volontariato dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

L'**Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT)** ha consolidato nel tempo una storica e proficua collaborazione con numerose **Associazioni e Fondazioni**, che svolgono attività di grande valore a supporto dei pazienti e delle loro famiglie, oltre che per la promozione della ricerca scientifica. Queste realtà si distinguono per le diverse finalità, tra cui:

- **Assistenza e sostegno ai pazienti e alle loro famiglie:** Le associazioni collaborano attivamente con l'**INT** per garantire ai pazienti oncologici e ai loro familiari supporto psicologico, pratico ed emotivo durante il percorso di cura.
- **Promozione della ricerca scientifica in oncologia:** Molte delle collaborazioni con il mondo associativo si concentrano sulla raccolta di fondi destinati alla **ricerca oncologica**, sostenendo così l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo di nuove terapie per i pazienti.
- **Raccolta di contributi per la ricerca:** Le fondazioni e le associazioni giocano un ruolo cruciale nel **finanziamento della ricerca oncologica**, attraverso campagne di sensibilizzazione e attività di fundraising, al fine di sostenere progetti innovativi di ricerca clinica e traslazionale.
- **Sostegno alle attività di divulgazione e educazione sanitaria:** L'**INT** collabora con numerose associazioni per sensibilizzare la comunità e promuovere la **prevenzione oncologica** e l'**educazione sanitaria**, coinvolgendo i cittadini in iniziative che mirano ad aumentare la consapevolezza sui rischi del cancro e sulle strategie di prevenzione.

Per ottimizzare e valorizzare il supporto fondamentale offerto dalle **organizzazioni non profit** e dai **volontari**, l'**INT** ha istituito un apposito **Registro delle Organizzazioni Non Profit**, che include attualmente oltre 40 associazioni. Questo registro rappresenta uno strumento per garantire una collaborazione strutturata e trasparente, facilitando il coordinamento delle attività di supporto e delle iniziative comuni.

L'impegno continuo dell'**Istituto Nazionale dei Tumori** nel coinvolgere le associazioni e i volontari conferma l'importanza di un lavoro sinergico con la società civile, al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici, favorire l'innovazione in campo oncologico e promuovere una cultura della prevenzione e della cura.

Piano di Implementazione e Obiettivi Strategici della Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

La **Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT)** è impegnata a perseguire la piena attuazione delle indicazioni nazionali per l'implementazione del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)**, all'interno di un framework che promuove la semplificazione e l'integrazione dei processi di programmazione



e controllo. Tale impegno si allinea agli obiettivi di mandato stabiliti da **Regione Lombardia**, con l'intento di raggiungere una gestione efficiente e una valorizzazione delle risorse disponibili.

L'**INT** ha identificato le seguenti **aree obiettivo di valore pubblico**, fondamentali per il miglioramento dei processi e per il raggiungimento degli scopi istituzionali:

1. **Potenziamento del livello di digitalizzazione:** Ottimizzare l'adozione delle tecnologie digitali nei processi clinici, amministrativi e organizzativi, al fine di garantire una maggiore efficienza operativa, facilitare l'accesso alle informazioni e migliorare l'esperienza del paziente.
2. **Gestione delle liste di attesa:** Migliorare il processo di gestione delle liste di attesa per garantire una pronta risposta alle esigenze dei pazienti, ottimizzando i tempi di attesa e facilitando un approccio personalizzato e tempestivo alla cura.
3. **Sito web istituzionale:** Rafforzare la presenza online attraverso un sito web istituzionale più accessibile e funzionale, che rappresenti un punto di riferimento per pazienti, familiari, professionisti del settore e per la comunità scientifica, favorendo la trasparenza e la comunicazione efficace.
4. **Ricerca:** Potenziare le attività di ricerca scientifica, con un focus particolare sull'innovazione in ambito oncologico, e promuovere la collaborazione con altre istituzioni e centri di ricerca nazionali e internazionali, per favorire il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica.

La programmazione degli obiettivi per il triennio si sviluppa in coerenza con le "**REGOLE DI SISTEMA**" indicate dalla DGR n. 5589/30.12.25 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2026 ED IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL' AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) ANNO 2026 – (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE ALPARONE E L'ASSESSORE LUCCHINI)", che stabilisce gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Lombardia per l'anno 2026.

❖ **Accreditamento e Qualità dei Servizi**

- **Obiettivo:** Migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle attività sanitarie.
- **Processo:** Adeguamento della Fondazione alle normative regionali con monitoraggio interno tramite la piattaforma SIGAUSS, garantendo l'aggiornamento continuo secondo le evidenze scientifiche e le normative regionali.

❖ **Integrazione delle Reti Clinico-Assistenziali**

- **Obiettivo:** Promuovere l'integrazione tra reti cliniche e assistenziali, concentrandosi sui percorsi diagnostico-terapeutici.
- **Collaborazioni:** Sinergia con altri IRCCS e ASST per una continuità assistenziale ottimizzata.
- **Tecnologie e Standard:** Utilizzo di tecnologie avanzate (radioterapia, chirurgia robotica) e definizione di linee guida uniformi per ridurre le disparità regionali.
- **Formazione:** L'Istituto promuove la formazione su neoplasie rare e pediatriche, con attività di ricerca congiunta, e l'integrazione di sistemi informativi per monitorare i percorsi clinici.

❖ **Innovazione Tecnologica e Digitalizzazione/Digital Pathology/Cartelle cliniche/CUP regionale**

- **Obiettivo:** Adottare tecnologie innovative per migliorare l'efficienza sanitaria.
- **Iniziative:**
 - **Tecnologie:** Robotica chirurgica, telemonitoraggio, diagnostica AI.



- **Progetti innovativi:** Rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, Digital Pathology, e sicurezza informatica tramite il Cloud ARIA S.p.A., mappatura delle iniziative di A.I., CUP regionale.
- **FSE 2.0:** Evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico per gestire meglio i dati degli assistiti.
- ❖ **Sviluppo del Polo Oncologico Regionale**
 - **Obiettivo:** essere i principali attori per la creazione di un polo oncologico regionale basato su:
 - **Centralità del paziente:** Percorsi di cura personalizzati e multidisciplinari.
 - **Ricerca e innovazione:** Focus su terapie avanzate come l'immunoterapia.
 - **Formazione e collaborazione:** Programmi di formazione e collaborazioni internazionali.
- ❖ **Continuità assistenziale**
 - **Iniziativa:** Trasferimento pazienti da pronto soccorso Niguarda a Fondazione
 - **Obiettivo** Consolidamento progettualità
- ❖ **Gestione delle liste di attesa**
 - **Obiettivo:** Incremento livello di produzione e/o corretta codifica
 - **Strumenti:** Aumento prestazione specialistica ambulatoriale e/o rispetto dei tempi di attesa
- ❖ **Risk Management**
 - **Obiettivo:** continuare nell'adozione del modello HERM per la gestione integrata dei rischi sanitari, con monitoraggio delle principali aree di rischio (sicurezza del paziente, gestione del personale, prevenzione infezioni).
 - **Strumenti:** Utilizzo di HERMLomb per Incident Reporting e misure di business continuity e crisis management.
- ❖ **Protocollo ERAS**
 - **Obiettivo:** Implementazione del protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nei percorsi chirurgici programmati per migliorare i tempi di recupero post-operatorio e ridurre le complicanze.
 - **Impatto:** Riduzione dei tempi di degenza e miglioramento della qualità della cura post-operatoria per i pazienti oncologici.
- ❖ **Protocollo PMB**
 - **Obiettivo:** implementazione progressiva del programma Patient Blood Management in INT, attraverso l'introduzione nella CCE dello score di rischio trasfusionale e attivando il percorso di correzione dell'anemia preoperatoria attraverso l'accesso del paziente all'ambulatorio dedicato
 - **Impatto:** miglioramento dell'appropriatezza trasfusionale e della programmazione perioperatoria, con la riduzione del fabbisogno di emocomponenti e delle complicazioni correlate.

L'Istituto ha un ruolo chiave nell'implementazione delle politiche regionali per garantire la qualità delle prestazioni oncologiche, promuovendo l'innovazione tecnologica, l'integrazione delle reti assistenziali, e la gestione ottimizzata delle risorse. L'accreditamento, la digitalizzazione dei processi, la gestione del rischio e la formazione continua sono fondamentali per garantire l'eccellenza nell'assistenza ai pazienti oncologici, migliorando al contempo l'efficienza e la sostenibilità del sistema sanitario regionale.

2.1.6 INT e la Ricerca

La Fondazione, in quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è un grande centro di ricerca che contiene un ospedale di eccellenza. La ricerca, prevalentemente clinica, traslazionale ed epidemiologica, si applica non solo al campo biomedico ma anche a quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari con prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Tutte le strutture cliniche della

Fondazione, oltre all'attività di diagnosi e di assistenza, hanno quindi mandato a svolgere attività di ricerca, sia finalizzata che corrente, mirata al costante miglioramento nella cura dei pazienti.

L'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è un Comprehensive Cancer Centre, ossia una struttura interamente dedicata alla cura e alla ricerca sul cancro, con attività integrate a percorsi formativi (training e educazione) in collaborazione con Università di riferimento. A livello internazionale, la Fondazione partecipa a numerosi network di ricerca come meglio descritto successivamente:

- Cancer Core Europe (CCE),
- Organization of European Cancer Institutes (OECI),
- Digital Institute for Cancer Outcome Research (DIGICORE),
- EATRIS e a molteplici organizzazioni nazionali di ricerca sul cancro tra cui
- Alleanza Contro il Cancro (ACC),
- Cluster Lombardo per la Ricerca Biomedica,
- A-IATRIS.

I fondi disponibili per la Ricerca in INT gestiti in parte dalla Direzione Scientifica in accordo con lo Statuto della Fondazione, includono risorse economiche provenienti da numerose fonti, tra cui la Ricerca Corrente del Ministero, il finanziamento per il personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (c.d. Piramide) (di cui all'art. 1, comma 424 della L. 27 dicembre 2017, n. 205), i fondi dal 5 per Mille (per la ricerca sanitaria e la ricerca scientifica), i costi indiretti e overheads da contratti con sponsor e grant, lasciti e donazioni, etc.. Le risorse sono utilizzate secondo le regole peculiari a ciascuna fonte di finanziamento a copertura delle attività descritte.

Il Piano Strategico della Ricerca mantiene coerenza tra scelte strategiche, attività, proposte operative e finanziamenti e lo scenario delineato a livello locale dalla Riforma Sanitaria della Regione Lombardia e dal POAS, a livello nazionale dal Patto per la Salute 2019, dal Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria 2023-2025 (PNRS), dal Piano Oncologico Nazionale (PON), dalla Programmazione Triennale di Ricerca degli IRCCS e dalla Legge di Riordino della Disciplina degli IRCCS (DL n.200 del 23/12/2022 che integra e aggiorna la Legge n. 288/2003 e, a livello Europeo, dalla Cancer Mission del nuovo programma quadro Horizon Europe e dall'Europe Beating Cancer Plan del programma Horizon Europe Health. Lo scopo generale del PSR è mantenere e migliorare l'attuale livello di eccellenza della Fondazione e si realizza attraverso le 4 linee di ricerca aggiornate per rispondere meglio alle nuove sfide assistenziali, scientifiche e tecnologiche e per ricomprendere tutte le nuove progettualità di ricerca; si elencano di seguito le Linee di Ricerca:

1. Prevenzione primaria, secondaria e diagnosi precoce;
2. Medicina di precisione e innovazione tecnologica (farmacologica e non);
3. Approccio diagnostico, terapeutico e riabilitativo nella complessità dei tumori rari e dei pazienti fragili oncologici;
4. Ricerca clinica, sanitaria e di outcome.

Le linee di ricerca, coordinate da 8 ricercatori responsabili, rappresentano il principale strumento di programmazione con l'obiettivo di governare lo sviluppo di vecchie e nuove progettualità facendole convergere in queste quattro tematiche portanti che rispondono alla programmazione triennale degli IRCCS approvata dal Ministero della Salute. La produzione scientifica in termini di pubblicazioni e



finanziamenti di progetti di ricerca rappresentano alcuni degli indicatori di performance della ricerca istituzionale.

Le priorità di intervento, pianificate nei tre anni, riguardano in particolare:

- Programmazione e governance della ricerca;
- Organizzazione dell'area Ricerca e del personale dedicato;
- Sviluppo e attività partecipative internazionali e nazionali;
- Progettazione e implementazione di progetti di ricerca organizzativa e su nuove tecnologie;
- Sviluppo di un piano coordinato per la comunicazione e divulgazione scientifica.

Per le attività di governance della ricerca il Direttore Scientifico si avvale dei seguenti organismi: il Consiglio della Direzione Scientifica, l'Internal Review Board per gli studi clinici di intervento promossi da INT, lo Scientific Advisory Board Esterno (SAB), l'Advisory Board della Direzione Scientifica per un supporto critico, costruttivo e propositivo in materia di comunicazione, divulgazione e revisione scientifica di proposte progettuali, diffusione e applicazione di linee guida in materia di integrità della ricerca, redazione dello scientific report e organizzazione dell'annuale Giornata della Ricerca.

Lo sviluppo di attività partecipative internazionali e nazionali rappresenta un obiettivo strategico fondamentale per la Direzione Scientifica. Nell'ottica di un rafforzamento e consolidamento della presenza istituzionale nel panorama europeo, viene promossa e incentivata la partecipazione dei ricercatori alle numerose call pubblicate nell'ambito del programma quadro Horizon Europe, nonché intensificata la presenza di figure istituzionali in diversi tavoli e gruppi decisionali. La partecipazione ai bandi europei per il finanziamento di progetti di ricerca, studi clinici e ricerca sanitaria si concretizza in numerosi progetti portati avanti in qualità di coordinatori, ma anche come partners di importanti centri europei di ricerca.

L'organizzazione dell'area ricerca e del personale ad essa dedicato è prioritaria per il mantenimento degli alti standard di ricerca a cui INT è arrivato: il POAS consentirà, insieme alla Direzione Strategica, di rivedere l'organizzazione dei Dipartimenti della Ricerca e di realizzare nuove realtà funzionali trasversali, in un'ottica di maggior valorizzazione dell'eccellenza professionale per superare la dicotomia ricerca-assistenza e potenziare al massimo l'interdisciplinarietà a favore sia dei pazienti, sia della ricerca. Gli strumenti contrattuali disponibili messi in atto con tempestività, consentiranno l'avvio di carriere professionali per i giovani ricercatori e il riconoscimento dell'eccellenza delle performance scientifiche.

Lo sviluppo di un piano coordinato per la comunicazione e divulgazione scientifica interna, affiancandosi alla comunicazione esterna gestita dalla Presidenza, permette alla Direzione Scientifica di potenziare la comunicazione tra ricercatori all'interno dell'INT e di migliorare la diffusione dei risultati, degli expertise di ricerca, delle tecnologie disponibili allo scopo di ampliare la interdisciplinarietà e la collaborazione scientifica. Parallelamente, attraverso l'utilizzo del sito istituzionale, aggiornato costantemente, il piano consente di potenziare la diffusione esterna dei risultati e delle novità emergenti dalla ricerca per informarne cittadini e pazienti, contribuendo alla diffusione di una corretta informazione clinico-scientifica e contrastando, ove possibile, la diffusione di notizie anti-scientifiche e false.



2.1.7 Obiettivi generali e specifici

L'INT definisce i propri obiettivi individuando gli indicatori che consentono, al termine di ogni anno, di misurare e valutare il livello di performance raggiunto. A tal fine, sono stati identificati tre ambiti di performance che raccontano l'amministrazione:

1. Programmi strategici: Quali sono le priorità strategiche dell'Istituto Nazionale dei Tumori e in che modo tali priorità si articolano in programmi strategici?

Programmi strategici

2. Attività e servizi: Qual è lo stock di attività e servizi che l'Istituto Nazionale dei Tumori mette a disposizione di cittadini e utenti?

Attività e Servizi

3. Stato di Salute: L'Istituto Nazionale dei Tumori è in grado di svolgere le sue attività garantendo un utilizzo equilibrato delle risorse, lo sviluppo dell'organizzazione e delle relazioni con cittadini, utenti e altri portatori di interesse?

Stato di Salute

Tipo di obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Partecipazione alle Reti di Patologia	Sviluppo e realizzazione progettualità	Contributo a reti regionali e nazionali	2026-2027	Staff Direzione Scientifica Staff Direzione Sanitaria	Direzione Scientifica Direzione Sanitaria
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Fascicolo sanitario elettronico	Incremento dei referti firmati digitalmente	Percentuale di referti firmati digitalmente / totale referti	2026-2027	Staff Direzione Sanitaria	Strutture competenti
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Cartella clinica elettronica	Adozione della cartella clinica elettronica regionale	Realizzazione e implementazione progettualità	2026-2027	SC ICT	Strutture competenti
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Gestione delle liste di attesa	Incremento livello produzione e/o corretta modifica	Aumento prestazione specialistica ambulatoriale e/o rispetto dei tempi di attesa	2026-2027	Staff Direzione Strategica	Strutture competenti
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Sito web istituzionale	Mantenimento e implementazione dei contenuti per una migliore accessibilità	Aggiornamento del sito web e accessibilità dei servizi	2026-2027	Staff Presidenza	Direzione Generale

Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Realizzazione Città della Salute e della Ricerca (CdSR)	Adesione e adempimento obblighi per il progetto CdSR	Realizzazione attività in coordinamento con Besta e Aria SpA (Tavoli congiunti tra Direzioni Amministrative e Direzioni Sanitarie)	2026-2027	SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Strutture competenti
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Comunicazione attività di ricerca	Implementazione dei contenuti e miglioramento della fruibilità della sezione "ricerca" del sito web	Revisione e aggiornamento dei contenuti	2026-2027	Staff Direzione Scientifica	Direzione Scientifica
Obiettivo Strategico e di valore pubblico	Trasferimento tecnologico e Nuove conoscenze	Incremento della produzione scientifica, nuove tecnologie gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca	Confronto con dati precedenti (IF, fondi in ricerca, protezione di nuove tecnologie e relativa valorizzazione)	2026-2027	Staff Direzione Scientifica	Direzione Scientifica
Obiettivo Strategico e o di valore pubblico	Istituzione di un Board dedicato all'Intelligenza Artificiale	Mappare, classificare e valutare le tecnologie	Adozione della procedura di funzionamento e redazione e diffusione di questionari volti a mappare l'esistente in ambito Clinico, ricerca e amministrazione	2026-2027	Direzione Scientifica e Direzione Generale	Membri del Board INTACT

Obiettivo Strategico	Qualificazione del personale	Miglioramento della produttività individuale e delle competenze	Aumento dell'offerta formativa e della fruibilità dei corsi di formazione in house ed esterni per i professionisti	2026-2027	Staff Direzione Strategica Staff Direzione Scientifica	Strutture competenti
Obiettivo strategico e di valore pubblico	Avanzamento della ricerca istituzionale	Implementazione delle attività di ricerca previste nel PSR attraverso progetti afferenti alle 4 linee di ricerca istituzionale	Mantenimento con opzione di miglioramento degli indicatori bibliometrici legati alla produttività scientifica e del finanziamento della ricerca; attività di trasferimento tecnologico	2026-2027	Grant Office e Servizi alla Ricerca TTO	Direzione Scientifica
Obiettivo strategico e di valore pubblico	Avanzamento della ricerca clinica	Sostegno alla ricerca clinica indipendente secondo le azioni previste dal PSR. Ottimizzazione del processo di analisi e fattibilità.	Mantenimento con opzione di miglioramento del numero degli studi clinici osservazionali e di intervento.	2026-2027	Clinical Trials Center e Segreteria Comitato Etico Territoriale	Direzione Scientifica
Obiettivo strategico	Leadership internazionale nella ricerca oncologica	Sviluppo di attività partecipative internazionali e di progettualità europee	Mantenimento con opzione di miglioramento del numero dei progetti europei coordinati e partecipati; partecipazione attiva a board internazionali	2026-2027	Grant Office e Servizi alla Ricerca Segreteria del Direttore Scientifico	Direzione Scientifica

Obiettivo strategico	Miglioramento della comunicazione interna	Sviluppo di un piano coordinato per la comunicazione interna e per la divulgazione scientifica	Realizzazione di eventi di divulgazione scientifica; ottimizzazione del portale INTeraction	2026-2027	Ufficio coordinamento della Direzione Scientifica	Direzione Scientifica

Questi obiettivi saranno successivamente **declinati in obiettivi operativi** e assegnati alle **Strutture competenti della Fondazione** per garantire l'efficace realizzazione. Inoltre, il **Piano triennale dei Fabbisogni 2026-2028** terrà conto delle risorse necessarie per il conseguimento di tali obiettivi strategici e operativi.

2.1.8 Accessibilità

In attuazione della Legge n. 4 del 9 gennaio 2004, della Direttiva UE 2016/2102 e del D.Lgs n. 106 del 10 agosto 2018 avente ad oggetto “*Riforma dell'attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici*”, AgID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Accessibilità Digitale

Per “accessibilità digitale” si intende l’impiego di tecnologie digitali per garantire l’accesso ai servizi sanitari a un ampio spettro di utenti, concentrandosi specialmente sugli individui di età superiore ai 65 anni e su coloro che presentano disabilità. L’obiettivo principale dei servizi di sanità digitale è quello di rendere l’assistenza sanitaria più efficiente, accessibile e personalizzata per i pazienti.

Tra le soluzioni principali che l’INT ha applicato, e che intende potenziare nel triennio 2026-2028, per permettere all’utente di compiere in autonomia numerose operazioni (prenotazione dell’accesso alla struttura, self-accettazioni, pagamenti on line, accesso ai propri documenti e referti, ecc.), si evidenziano:

- *“Eliminacode”*: un’applicazione con cui è possibile prenotare il prelievo per esami ematici; il servizio è stato attivato per ridurre significativamente i tempi di attesa, evitando eventuali assembramenti, nonché per facilitare il rapporto con i cittadini, offrendo nuovi canali d’accesso ai servizi amministrativi in modo più semplice, veloce ed intuitivo
- *il portale www.istitutotumori.mi.it*: attraverso cui, nella sezione “MyPage”, è possibile accedere in modalità online ad alcuni servizi della Fondazione e, nello specifico:
 - visualizzare e scaricare i propri referti (ad eccezione di quelli di Anatomia Patologica) e le immagini di diagnostica degli ultimi 45 giorni come previsto dalle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali;
 - visualizzare la documentazione amministrativa relativa a prestazioni effettuate;
 - compilare uno spazio note riservato (Taccuino).
- *Trasferimento immagini (TAC)*: sia da ASST esterne alla Fondazione sia da interni su differenti supporti informatici;
- *Fascicolo Sanitario Elettronico*: per i residenti in Lombardia è possibile consultare online il proprio referto, utilizzando lo SPID con esonero dal pagamento previsto in caso di mancato ritiro referto entro i 30 giorni dalla data indicata sul modulo. Grazie ad un progetto regionale si sta lavorando per integrare il FSE anche con Immagini Diagnostiche.



- **Posta elettronica:** per i pazienti che non risiedono in Lombardia, è possibile ricevere i referti (ad eccezione di quelli genetici) per posta elettronica. La richiesta deve essere rivolta allo Specialista di riferimento in Istituto, che registra il consenso e l'indirizzo e-mail a cui inviare il referto. Nel rispetto della protezione dei dati, per prevenire l'acquisizione di dati da parte di altri soggetti, il referto è trasmesso in forma non leggibile (crittografato) ed è comunicata telefonicamente la password per aprire il file.
- **Totem:** al fine di ottimizzare l'efficienza del processo di registrazione e accettazione, migliorare l'esperienza del paziente e ridurre il carico di lavoro amministrativo per il personale dell'Istituto, sono stati installati, presso l'Area Accoglienza, nell'atrio della Fondazione, n.5 totem con i quali è possibile stampare i Referti di esami di Laboratorio e quelli di Diagnostica per Immagini, oltre a poter effettuare self-acettazioni e pagamenti tramite PagoPA. È stato installato un ulteriore totem eliminacode presso la s.s.d. Day Surgery per ottimizzarne il percorso di accoglienza.

Accessibilità fisica

Per quanto riguarda, invece, l'accessibilità fisica, l'Istituto offre diversi punti informativi: Portineria, aperta 24 ore tutti i giorni dell'anno, il Banco Informazioni dei volontari della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Istituto riserva una particolare attenzione ai pazienti che presentano problematiche sensoriali, di comunicazione o di mobilità, facilitandone l'accesso e le cure mediante:

- assistenza protetta: attraverso cui l'accompagnatore può affidare il paziente con difficoltà motorie o sensoriali anche temporanee ai volontari della LILT mentre si reca a parcheggiare l'auto;
- la possibilità, per i pazienti con disabilità uditive, di attivare, su richiesta del Servizio Sociale della Fondazione, un interprete in grado di tradurre le conversazioni con la lingua italiana dei segni (LIS), permettendo un ottimale dialogo fra i clinici e i pazienti.

Per ulteriori dettagli in merito agli interventi dell'INT in materia di semplificazione e digitalizzazione della Fondazione si rimanda al successivo paragrafo 2.1.9.

Azioni	2026	2027	2028
App "Elimina Code"	Miglioramento	A regime	A regime
Portale istituzionale	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Fascicolo Sanitario Elettronico	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Posta elettronica	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Totem	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Assistenza protetta	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

2.1.9 Semplificazione e Digitalizzazione

Semplificazione

L'Agenda per la semplificazione per la ripresa 2020-2026, adottata nel 2020 e aggiornata a marzo 2022 in linea con gli interventi del PNRR, ha delineato diverse azioni volte a ridurre gli adempimenti burocratici e le incombenze amministrative, in modo da rendere la Pubblica Amministrazione più semplice, veloce e vicina ai cittadini.



L'Istituto, applicando tali propositi al contesto sanitario, ha adottato le misure di seguito elencate al fine di perseguire gli obiettivi delineati nell'Agenda per la semplificazione:

- **Digitalizzazione dei processi:** nel corso del 2023, la Fondazione ha dedicato particolare attenzione alla promozione e all'adozione delle tecnologie digitali, come la firma elettronica e la trasmissione digitale dei documenti, al fine di semplificare e ridurre gli oneri amministrativi per il proprio personale. Per l'anno 2026, l'obiettivo dell'INT sarà quello di espandere l'ampia gamma dei servizi digitali offerti e di incrementare ulteriormente l'utilizzo di strumenti informatici, come ad esempio l'import delle immagini diagnostiche provenienti da altre strutture sanitarie.
- **Semplificazione delle procedure:** in ambito amministrativo, l'Istituto, nel 2023, ha raggiunto l'obiettivo di automatizzare la pubblicazione dei provvedimenti amministrativi sull'albo pretorio, garantendo un accesso più funzionale ed intuitivo a tutti gli atti pubblici. Per il 2026, sono previste le seguenti novità:
 - implementazione del sito Web. L'aggiornamento, nel rispetto delle linee guida sull'accessibilità dei siti pubblicate da AgID, prevede una migliore organizzazione ai fini di una ottimale navigazione da parte dei cittadini;
 - estensione della turnistica informatizzata anche in ambito medico per la reperibilità e l'attività ambulatoriale: attualmente sono stati individuati due ambiti pilota, s.s. Terapia intensiva e Sala Operatoria, presso cui il sistema sarà operativo indicativamente per il mese di marzo 2026. Si proseguirà poi con l'implementazione dello stesso nell'arco del triennio oggetto del presente PIAO;
- **Riduzione delle file:** in ambito sanitario, nell'anno 2025, tra gli interventi che l'Istituto ha messo a punto per migliorare l'organizzazione degli ambulatori rientra l'attivazione di un sistema di agende on-line di Libera Professione per permettere ai cittadini di prenotare autonomamente le proprie visite ed esami (Doctolib), lo sviluppo di sistemi di re-call per permettere la prenotazione di prestazioni in regime istituzionale e di Libera Professione e, tramite sms, per ricordare ai pazienti l'appuntamento, nonché l'attivazione di una casella di posta elettronica per segnalare eventuali disdette.
 Per prenotazioni effettuate con qualsiasi canale (sportello, telefono, Call Center Regionale) è inoltre previsto l'invio di email al paziente con promemoria prenotazione, modulo PagoPa per pagamento della prestazione/visita, eventuali note di preparazione, ricevute/fatture, nonché l'attivazione di servizi remoti per il cittadino con accesso tramite SPID o CIE a piattaforme per:
 - download di documentazione sanitaria
 - iscrizione a concorsi pubblici (area comparto)
 - Telemedicina
- **Collaborazione con altri enti pubblici e privati:** l'Istituto dedica particolare attenzione all'aspetto collaborativo, perché ritiene che la cooperazione tra enti sia essenziale per la riduzione della duplicazione di lavoro. A dimostrazione di ciò, si riporta che l'Istituto, ad esempio, lato sanitario per prestazioni sanitarie specifiche, lato ricerca scientifica, ha dedicato la struttura semplice Trasferimento Tecnologico (TTO) alla partecipazione, costituzione e consolidamento dei rapporti con associazioni, consorzi, società e altri organismi pubblici e privati, correlati all'attività di ricerca scientifica che si svolge presso la Fondazione.

Azioni	2026	2027	2028
Digitalizzazione dei processi	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Semplificazione delle procedure	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Riduzione delle file	Miglioramento	Miglioramento	A regime

Collaborazione con altri enti	Mantenimento	Miglioramento	A regime
-------------------------------	--------------	---------------	----------

Digitalizzazione

L'Agenda digitale italiana è un programma di governo nazionale che ha l'obiettivo di promuovere l'adozione e l'utilizzo delle tecnologie digitali. L'Agenda mira a migliorare la competitività del paese attraverso la creazione di infrastrutture e servizi digitali, la promozione dell'innovazione, la formazione e l'educazione digitale, nonché a rendere i servizi pubblici più facilmente accessibili per i cittadini e più efficienti, attraverso progetti per diverse aree come la banda larga, la sicurezza informatica, l'e-government e l'e-health.

La Fondazione, per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda digitale italiana e del PNRR (Missione 6 "Salute") ha messo in atto diverse azioni che mirano a favorire la ricerca e l'innovazione nel campo della sanità digitale:

- *Adozione di sistemi informatici*: la Fondazione favorisce l'utilizzo di sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e la prenotazione di appuntamenti.
- *Telemedicina*: consiste nell'utilizzo di tecnologie informatiche e telematiche per fornire assistenza sanitaria a distanza, attività che può includere la comunicazione tra medici e pazienti, la diagnostica a distanza e la gestione dei dati sanitari.

Tra i progetti più rilevanti in materia:

- il progetto "FIT2FIGHT – Tele-prehabilitation come strumento di empowerment del paziente chirurgico oncologico", selezionato tra i finalisti dell'evento Lean Healthcare e Lifescience Award 2023: il progetto mira ad introdurre la prehabilitation all'interno della pratica clinica per i pazienti oncologici attraverso programmi personalizzati. Il tutto viene gestito con la piattaforma di Telemedicina dell'Istituto attraverso un diario digitale personale e l'integrazione con dispositivi wearable di tipo smartwatch.
- Ottimizzazione del percorso del paziente e digitalizzazione dei processi presso la Oncologia Medica 4 – Cure di Supporto Internistico e Geriatrico. Il progetto migliora la performance organizzativa delle Cure di Supporto Internistico e Geriatrico attraverso la standardizzazione e la digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali, in coerenza con la strategia di ospedale paperless dell'Istituto. L'iniziativa ha visto un approccio multidisciplinare e strutturato di process improvement, basato su analisi AS IS, identificazione delle criticità a maggiore impatto e definizione di soluzioni TO BE condivise da un team multidisciplinare. Le principali aree di intervento hanno riguardato la governance dei flussi di invio dei pazienti, l'integrazione dei sistemi informativi, la riduzione delle attività "non a valore" e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Le azioni progettuali sono state orientate a migliorare efficienza operativa, tracciabilità dei processi, appropriatezza organizzativa e qualità dell'esperienza del paziente. Il progetto si è qualificato al Lean Healthcare Award 2025 conseguendo il terzo posto nella categoria Lean Projects.
- *Gestione dei dati*: l'Istituto ha messo a punto un sistema di raccolta di informazioni sui pazienti e sul loro stato di salute, che può essere utilizzato per identificare tendenze e modelli, identificare aree di miglioramento e prendere decisioni cliniche più informate.
- *Formazione*: la Fondazione, a partire dall'anno 2023, ha reso fruibile ai dipendenti il corso sviluppato dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione denominato "Syllabus per le competenze digitali per la PA". Al fine di consolidare ancora di più le competenze digitali apprese e di acquisirne di nuove, l'Istituto ha in programma ulteriori corsi di formazione digitale per il personale sanitario e amministrativo, sia organizzati internamente sia permettendone la frequentazione all'esterno, in modo che i benefici della tecnologia digitale siano compresi e utilizzati in modo efficace.

Azioni	2025	2026	2027
Adozione di sistemi informatici	Miglioramento	Miglioramento	A regime

Telemedicina	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Gestione dei dati	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Formazione	Mantenimento	Miglioramento	Miglioramento

2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

Il modello di misurazione e valutazione della performance

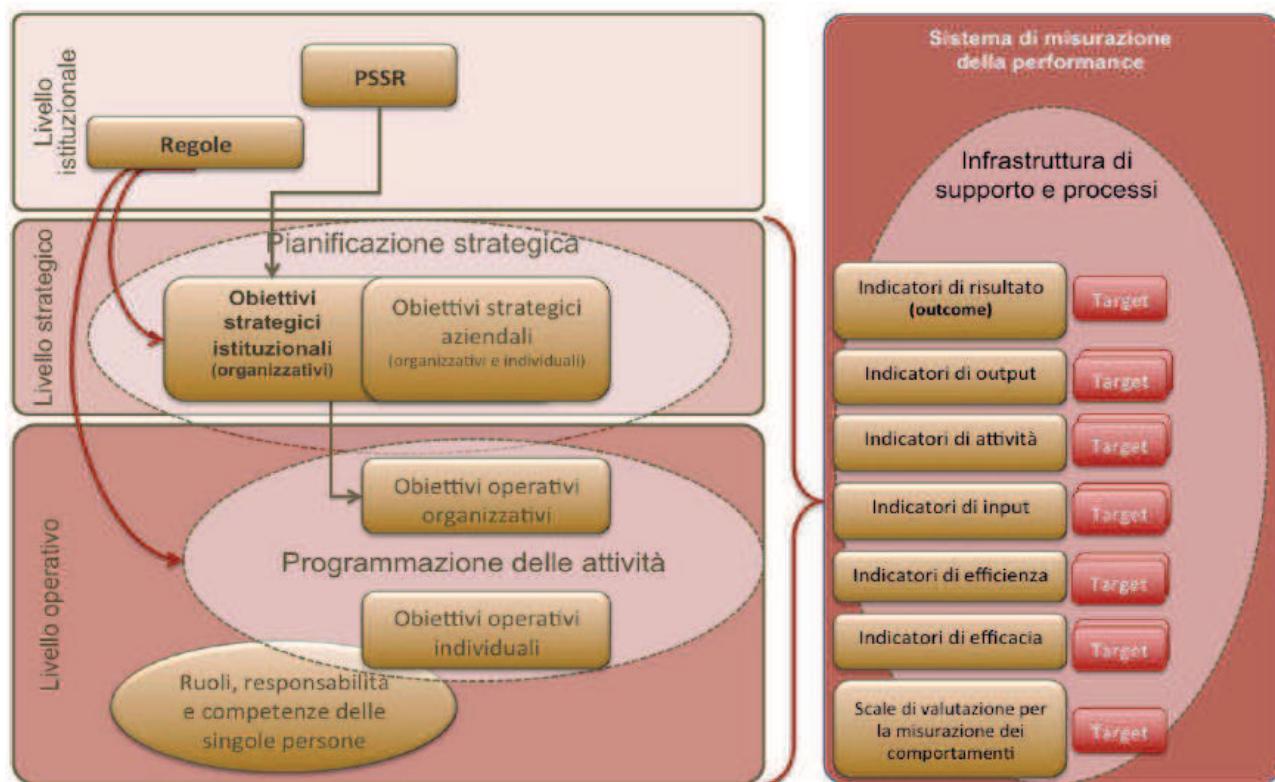
Il modello di misurazione e valutazione della performance utilizzato, ad oggi, dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori si basa sulla mappa logica delineata da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale (cfr. Linee guida OIV Regionale “Il Sistema di Misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde”).

Tale modello si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmate;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance.

La figura sottostante evidenzia sinteticamente quanto sopra descritto.

I principi ispiratori modello di misurazione e valutazione della performance





[Fonte: *Linee guida OIV Regione Lombardia*]

Come richiesto dalle Linee guida OIV Regionale, nella progettazione e revisione annuale del sistema di misurazione e valutazione della performance, occorre contemperare i seguenti criteri:

- **LOGICA DI INTEGRAZIONE:** gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa vanno letti in un'ottica integrata con il sistema di valutazione della performance individuale e con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità;
- **COERENZA:** il sistema di misurazione e valutazione delle performance deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali di valenza strategica e nel budget aziendale;
- **ENFASI SULL'ORIENTAMENTO AL LUNGO PERIODO** già intrinseco al concetto stesso di "Piano";
- **"PRIORITIZZAZIONE"**: ovvero definizione degli impegni strategici e degli obiettivi secondo la logica della priorità, individuando le aree che l'azienda intende migliorare, sviluppare, consolidare;
- **VALENZA ESTERNA:** il punto di vista assunto è quello del cittadino/utente;
- **DIALETTICA:** coinvolgimento e partecipazione degli attori chiave nello sviluppo del sistema;

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 contiene modifiche al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 riguardo alla misurazione e valutazione della performance dei lavoratori pubblici, con lo scopo di migliorarne la produttività, nonché di potenziare l'efficienza e la trasparenza in tutta la pubblica amministrazione. Il testo, ispirandosi al principio di semplificazione, introduce alcune novità per quanto riguarda il sistema premiale e di valutazione del rendimento dei dipendenti, chiarisce innanzitutto che ogni amministrazione è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all'Ente nel suo complesso, le unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola ed ai singoli dipendenti, secondo le modalità indicate nel medesimo decreto e gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

La Fondazione, tenuto conto del quadro normativo, delinea il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance avendo come riferimento:

- le linee guida dell'OIV Regionale;
- le *"Linee guida per il Piano della performance"* Ministeri (n. 1 giugno 2017);
- le *"Linee guida per sistema di misurazione e valutazione della performance dei Ministeri"* (n. 2 dicembre 2017) redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009;
- le linee guida n. 4/2019 *"Linee guida sulla valutazione partecipativa"*;
- le linee guida 5/2019 *"Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale"* redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance della Fondazione

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito SMVP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento del ciclo della performance.

1. soggetti nell'ambito del SMVP



La definizione delle responsabilità, delle funzioni e dei ruoli dei diversi soggetti nell’ambito del SMVP è una delle componenti essenziali per l’efficace funzionamento del sistema stesso e per il suo effettivo utilizzo nei processi decisionali e gestionali della Fondazione.

Il ciclo della performance vede in prima linea i seguenti attori:

- **Consiglio di Amministrazione (CDA)** approva gli indirizzi strategici della Fondazione in sintonia con gli indirizzi generali della programmazione statale e regionale;
- il **DIRETTORE GENERALE**, che si avvale del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per gli obiettivi di sistema;
- il **DIRETTORE SCIENTIFICO** per gli obiettivi di natura scientifica;
- **I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DI STRUTTURA COMPLESSA** ai quali compete il coordinamento dell’attività, della gestione e dei risultati delle unità operative afferenti e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **I RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE**, quale articolazione interna di struttura complessa, e a valenza **DIPARTIMENTALE**, che partecipano al processo di programmazione;
- **TUTTO IL PERSONALE** (dirigenti e personale del comparto) destinatario del “sistema di valutazione del personale dipendente”;
- **II NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE** fornisce, lungo tutto il ciclo della performance un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità del SMVP.

In esecuzione della DGR XI/4942, del 29/06/2021 ad oggetto: “*Attuazione dell’art. 18 bis “nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico” della legge regionale n. 33/2009*”, il Nucleo svolge le seguenti funzioni:

- a) valuta la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;
- b) verifica la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;
- c) verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;
- d) valuta la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- e) concorre a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l’attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza;
- f) esercita le ulteriori funzioni previste dall’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione.

Ciclo della performance

Nella **prima fase** del ciclo, c.d. “Programmazione”, la Fondazione definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e breve periodo. La fase di programmazione è finalizzata ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest’ultima in funzione anche dell’impatto, quale orizzonte e traguardo dell’azione della Fondazione, sui bisogni dei propri stakeholder.

Il processo si snoda attraverso una serie di fasi:



• LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

Fase di riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali la Fondazione intende persegui- li. Essa si sviluppa e trova fondamento sui valori di riferimento della Fondazione e nell'ambito delle aree di miglioramento individuate.

• IL LIVELLO OPERATIVO

Il punto di partenza imprescindibile è la chiara definizione delle finalità e degli obiettivi che l'Organizzazione intende perseguire e sui quali si baserà poi la misurazione e la rendicontazione della performance.

Gli obiettivi si articolano in:

- **obiettivi strategici:** si intendono gli impegni assunti dalla Fondazione nel medio-lungo periodo (orizzonte temporale pluriennale);
- **obiettivi operativi:** si intende la declinazione degli obiettivi nell'orizzonte temporale di un anno.

Gli obiettivi operativi, a loro volta, si compongono in:

- a) obiettivi aziendali, ovvero quelli che discendono dalle regole di sistema e dalla deliberazione di Giunta Regionale di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali;
- b) obiettivi di struttura, ovvero quelli declinati per Centro di Responsabilità al fine di dare attuazione agli strumenti di programmazione operativa e/o a quelli finalizzati a presidiare, migliorare o consolidare servizi/attività;
- c) obiettivi individuali, ovvero il contributo richiesto al singolo componente dell'organizzazione per l'attuazione di uno specifico processo/progetto (quando previsto).

La definizione degli obiettivi operativi è svolta al termine della fase di programmazione. Si inquadra nell'ambito del processo di budget e si connota per il taglio tecnico.

L'output di tale operazione è costituito dalle schede di budget, che ne rappresentano la sintesi attuativa.

Nel quadro del processo di attuazione e successiva gestione del ciclo della performance si inseriscono le attività di riprogrammazione degli obiettivi e degli indicatori che si dovessero rendere necessari al fine di recepire nuovi o diversi indirizzi regionali o cambiamenti intervenuti nel corso dell'esercizio.

La **seconda fase** del ciclo, c.d. "misurazione", è finalizzata a quantificare i risultati raggiunti dalla Fondazione nel suo complesso (performance di ente), i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance di Dipartimento e di S.C.); i contributi individuali (performance individuali).

La misurazione è realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisorи.

Ordinariamente il Sistema prevede misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio sono documentate mediante un mirato sistema di reportistica.

Nell' **ultima fase**, c. d. "valutazione", sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati, si effettua la valutazione, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul livello di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo.

In base al Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche, la fase di valutazione ha come output la **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE** che evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto agli



obiettivi programmati e formalizzati nel Piano. Nella Relazione, la Fondazione inoltre evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

Le unità di analisi della misurazione

La misurazione e valutazione della *performance* si riferisce ad unità di analisi differenti, ma tra loro correlate:

- ✓ la PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
- ✓ la PERFORMANCE INDIVIDUALE

Tutti gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale devono essere letti in un'ottica integrata con il "SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE", che coinvolge tutti i componenti dell'organizzazione (personale della dirigenza e del comparto), ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Il peso attribuito ai due ambiti varia in relazione al ruolo ed alle responsabilità assegnate all'individuo, ossia con la sua posizione all'interno della struttura organizzativa.

In particolare:

- per la Dirigenza Area Sanità il peso della performance organizzativa è pari al 70%, mentre quello della performance individuale è del 30%, così come definito in sede di contrattazione integrativa aziendale, di cui all'accordo stipulato in data 28/11/2024;
- per la Dirigenza Area Funzioni Locali, la Fondazione ha predisposto analogo apposito accordo da stipularsi con le OO.SS. di riferimento;
- per il Comparto Sanità il peso della performance organizzativa è pari al 75%, mentre quello della performance individuale è del 25%, così come definito in sede di contrattazione integrativa aziendale, di cui all'accordo stipulato in data 19/07/2023;
- per il Comparto Sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria il peso della performance organizzativa è pari al 30%, mentre quello della performance individuale è del 70%, come da regolamento adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 24F del 29 aprile 2022.

I predetti documenti sono pubblicati sul sito internet istituzionale (Sezione Amministrazione Trasparente/Performance e Disposizioni generali/Atti Generali/Regolamenti).

- ✓ **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

La performance organizzativa è la componente del Sistema collegata alla performance della Fondazione nel suo complesso e/o delle aree di responsabilità in cui si articola. Tale performance viene valutata sulla base dei risultati raggiunti in relazione ad obiettivi quali/quantitativi derivanti dalla programmazione delle attività. In particolare si fa riferimento al Piano Performance, adottato annualmente dal Direttore Generale, ed ai successivi provvedimenti deliberativi di assegnazione degli obiettivi alle strutture complesse sulla base delle regole di sistema e delle linee di indirizzo per le Fondazioni IRCCS di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali di ATS/ASST.

Più specificatamente la Performance Organizzativa ha per oggetto la valutazione di:

- **Performance di Ente** ovvero la valutazione annuale della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale di Tumori effettuata dal Consiglio di Amministrazione.
- **Performance di Struttura Complessa**, ovvero la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di afferenza del valutato, in coerenza con il processo di budget.



➤ **Obiettivi di Incarico**, obiettivi che possono essere facoltativamente assegnati ai Dirigenti che ricoprono i seguenti incarichi:

- Direttori di Struttura Complessa
- Responsabili di SSD/SS Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Semplice
- Titolari di incarichi di funzione

Il processo di declinazione degli obiettivi, dai livelli organizzativi più elevati della Fondazione fino alle singole unità organizzative ed agli individui che vi operano, avviene con un meccanismo “a cascata”. È attraverso tale meccanismo che si crea una stretta correlazione tra la performance organizzativa della Fondazione nel suo complesso e l’attività della struttura e del singolo. In tal modo si lega il risultato atteso e realizzato dall’organizzazione con il contributo offerto da ciascun lavoratore e la relativa incidenza sul livello di realizzazione degli obiettivi.

✓ **PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Ha come oggetto la valutazione dei comportamenti organizzativi del singolo, ovvero le attese della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori legate al ruolo ricoperto. Rappresenta una combinazione di tre elementi: conoscenze, competenze, attitudini/atteggiamenti (comportamenti organizzativi). Per il solo personale Dirigente rientra in questo ambito di valutazione la dimensione professionale concernente il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali in termini di performance tecnico-specialistiche e didattico-scientifiche (responsabilità dirigenziale). Il sistema di valutazione individuale, per la Dirigenza Area Sanità e Funzioni Locali, sarà implementato nel corso del 2026, con l’assegnazione di obiettivi individuali tecnici e comportamentali; per il Personale del Comparto, inclusa la sezione Ricerca, il sistema di valutazione individuale è invece già in essere, sia con riferimento alla dimensione tecnica che a quella comportamentale.

Gli indicatori e le dimensioni di analisi della performance

Gli indicatori rappresentano l’elemento cardine del sistema di misurazione. L’incompletezza e la scarsa precisione hanno implicazioni sia sulla fase di pianificazione sia su quella di misurazione e valutazione. Il set di indicatori associato agli obiettivi deve essere caratterizzato da:

- precisione o significatività, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- completezza, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati della Fondazione.

Ciascun indicatore, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

- tempestività, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- misurabilità, capacità dell’indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili.

Partendo dalle unità di analisi che si decide di misurare, occorre, quindi, definire:

- quali e quanti indicatori associare a ciascun obiettivo;
- attribuire per ciascun indicatore un target, ovvero il valore programmato o atteso;
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, ovvero il responsabile del raggiungimento dell’obiettivo.
- Le responsabilità organizzative: di colui che raggiunge l’obiettivo, di colui che raccoglie i dati e del valutatore.



La partecipazione dei cittadini e degli utenti

Le modifiche normative introdotte dal Decreto Legislativo n. 74/2017 e le *"linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche"* n. 4, del 2019 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della performance, hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle Amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA (UPT)

L’Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) è un organismo autonomo e indipendente creato dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano su indicazione della Legge Regionale n. 33/2009 (art. 23, comma 1). Il suo compito principale è di proteggere i diritti sociali e civili dei cittadini. L’UPT della Fondazione, in particolare, si impegna a garantire il diritto alla salute attraverso il miglioramento dell’informazione, la promozione dell’umanizzazione delle cure mediche e il supporto alle persone in situazioni di disagio o fragilità. L’UPT verifica l’effettiva applicazione della Carta dei Servizi e, in caso di contenzioso, si può rivolgere al Difensore Civico.

Restano salve le diverse altre forme di comunicazione diretta, collaborazione e partecipazione previste dalla legge e precisamente:

- l’interlocuzione con l’Ufficio Relazione con il Pubblico, quale punto di accesso unico alla Fondazione, il cui obiettivo è quello di dare attuazione al principio di trasparenza e dove il cittadino non solo può trovare informazioni riguardo alle modalità di fruizione dei servizi erogati, ma anche presentare osservazioni, reclami, elogi e proposte,
- la conoscibilità dei dati, delle informazioni e dei documenti della pubblica amministrazione (accesso agli atti ex Legge 241/1990; accesso civico semplice e accesso civico generalizzato ex art. 5, commi 1 e 2, Decreto Legislativo n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni),
- la segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione di illeciti o irregolarità commesse ai danni dell’interesse pubblico (c.d. whistleblowing).

2.3 Rischi Corrottivi e Trasparenza

I contenuti della presente sezione del PIAO analizzano le tematiche relative a prevenzione della corruzione e trasparenza.

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190 entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l’adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

Legalità e Integrità sono intese come attuazione del *"principio democratico e dei principi costituzionali di egualianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse*



pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Esse sono condizioni di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino” (D.Lgs. n. 33/2013).

Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Anticorruzione e trasparenza come dimensioni del valore pubblico

Le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica definiscono il valore pubblico in senso stretto come “*il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica*”.

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce a una rinnovata sensibilità culturale in cui la “prevenzione e la trasparenza” devono essere intese non come oneri aggiuntivi all’agire quotidiano delle amministrazioni, ma come valore aggiunto nel migliorare il funzionamento dell’ente, con la conseguente miglioria del servizio ai cittadini e alle imprese.

Con il PNA 2025 la stessa ANAC ha ribadito che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione.

In quest’ottica, per la sua natura trasversale, la prevenzione della corruzione crea valore pubblico tramite tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell’ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l’azione amministrativa.

La stessa qualità delle pubbliche amministrazioni è obiettivo trasversale, premessa generale per un buon funzionamento delle politiche pubbliche. Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico, anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull’attività dell’amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

Integrazione e raccordo con il Piano Performance

Un’integrazione degli strumenti di programmazione può realizzarsi in diversi modi, avendo tuttavia presente che, nel percorso avviato con l’introduzione del PIAO, va mantenuto il patrimonio di esperienze della Fondazione maturate nel tempo.

L’intento del legislatore è quello di evitare un’impostazione del PIAO quale mera giustapposizione di Piani assorbiti dal nuovo strumento, arrivando a una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA., in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell’anticorruzione, assistiti da adeguate risorse, sia finanziarie che umane.

Il Piano della Performance definisce gli elementi fondamentali su cui si imposta la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

ANAC ha sottolineato la necessità di integrare il ciclo delle performance con gli strumenti e i processi relativi alla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.

A tal fine il Piano della Performance prevede tra i propri obiettivi anche quelli in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza assegnati al personale dirigenziale della Fondazione.

Pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni del presente PIAO, ad oggi gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale PTPCT e l’organo di indirizzo continua a programmare tali obiettivi all’interno del medesimo Piano.

A questo proposito, va senza dubbio valorizzato il lavoro che da tempo la Fondazione ha già svolto nella mappatura dei processi proprio per la elaborazione dei precedenti PTPCT e PIAO.

Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da potenziare, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità.

Obiettivi strategici

La prevenzione della corruzione si basa sostanzialmente su un modello di regolazione che prevede attività di pianificazione e controllo, con una programmazione “a cascata” che interessa tutti i livelli di governo e poggia su quattro principali strumenti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio.

Le finalità perseguite sono:

- ridurre le eventualità di manifestazione di casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nell'ambito delle suddette finalità sono stati individuati dal Consiglio di Amministrazione specifici obiettivi strategici della Fondazione per il triennio 2026-2028 da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione:

- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare nel periodo di validità del PTPCT attraverso la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori previsti dal D.Lgs. n. 33/2013;
- promozione di iniziative di formazione (generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità.

Al fine di favorire ulteriormente la cultura della legalità, della correttezza e della trasparenza, annualmente sono assegnati specifici obiettivi, sia alla dirigenza che al personale del comparto della Fondazione, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, correlati agli obiettivi di performance aziendali.

Le finalità sono le seguenti:

- vigilare e attuare le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste negli [allegati 1, 2a e 2b](#) del presente Piano;
- partecipare alle iniziative di formazione;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Obiettivi specifici

In ottica di pianificazione di specifici obiettivi legati alla prevenzione della corruzione e trasparenza nel triennio 2026-2028 si propone siano realizzati:

- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (codice di comportamento, gestione dei conflitti di interessi, *whistleblowing* e misure regolamentari di cui alla parte speciale allegata alla presente sezione).
- Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli *stakeholder*, sia interni che esterni.
- Individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli *stakeholder* alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione.



- Formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale anche ai fini della promozione del valore pubblico.
- Formazione specifica per garantire il corretto bilanciamento privacy-trasparenza.
- Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione).
- Integrazione tra sistema di monitoraggio della Sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni, nonché introduzione, nel sistema di monitoraggio, di sistemi di valutazione del rispetto delle misure dotato di terzietà rispetto alle singole strutture, per garantire che la vigilanza sia anche basata su parametri terzi;
- Rafforzamento dell’analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici, mediante il recepimento, con il coinvolgimento delle funzioni aziendali addette ai processi, delle ulteriori aree di rischio di cui al PNA2025, ed elaborazione delle relative misure di prevenzione idonee e sostenibili per la Fondazione.
- Promozione dei rapporti tra dipendenti, utenza e stakeholder.
- Implementazione delle misure necessarie per assicurare l’invio e la gestione delle segnalazioni di attività illecite (Whistleblowing).

2.3.1 Contesto esterno

L’analisi del contesto restituisce all’amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell’ambiente in cui l’amministrazione o ente opera.

Nell’ottica del legislatore, il PIAO diventa uno strumento strategico unitario e integrato; in questa visione l’analisi del contesto esterno (e interno) diventa presupposto dell’intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO stesso.

Ne risulta, in questo senso, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance, prevenzione della corruzione e governo del capitale umano.

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è, dunque, quella dell’analisi del contesto (esterno ed interno), attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all’interno della Fondazione per via delle specificità dell’ambiente in cui esso opera in termini di strutture, rapporti con le altre realtà territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Il rischio corruzione con riferimento al contesto esterno

L’analisi del contesto esterno ha l’obiettivo di *“evidenziare come le caratteristiche dell’ambiente nel quale l’amministrazione o l’ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento [...], sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni”* (PNA 2016).

Considerato che l’analisi del contesto esterno ha carattere trasversale rispetto all’intera programmazione contenuta nel PIAO, oltre alle considerazioni che seguono - e che sono focalizzate sui rischi corruttivi derivanti dal contesto esterno - si richiama l’analisi svolta nella Sottosezione 2.1) “Valore pubblico” (PNA 2025).



Sulla base delle indicazioni di ANAC e della letteratura, per la misurazione dei rischi correlati alla corruzione, sono state prese in considerazione cinque aree connesse al contesto esterno, di cui:

- Criminalità
- Economia e mercato del lavoro
- Efficienza delle P.A.
- Demografia e società

strettamente connesse al territorio di riferimento alla Fondazione, mentre l'ultima area:

- Relazioni con Enti esterni

considera i possibili rischi legati al rapporto con i portatori di interesse.

In ultimo tale l'indagine ha preso in esame i dati regionali sui pazienti c.d. cronici.

Si illustra, di seguito, la situazione demografica lombarda.

La Lombardia con quasi 10 milioni di abitanti si posiziona prima in Italia per popolazione, prima per densità e quarta per superficie.

Tuttavia la Regione, così come il resto d'Italia, sta attraversando un vero e proprio «inverno demografico»: è evidente nelle statistiche della popolazione, nella composizione della forza lavoro delle imprese e nei conti economici dello Stato. Una stagione dettata da un progressivo squilibrio generazionale che le più recenti previsioni demografiche confermano anche per il futuro, con un ulteriore inasprimento del trend a livello nazionale. La popolazione lombarda è oggi pari a 9,9 milioni ed è prevista ridursi a 9,2 milioni nel 2070, quindi del -7,5%. Il calo atteso è, dunque, consistente, ma più contenuto rispetto a quello nazionale, legato ad un contributo positivo più significativo della popolazione straniera e alla capacità di attrarre dalle altre regioni italiane. La Lombardia si distingue dalla situazione italiana anche per una maggiore presenza stabile di stranieri, con una incidenza sulla popolazione totale dell'11,6% al 2022 rispetto all'8,5% della media nazionale.

Al 1° gennaio 2022 in Lombardia si contano 4,8 milioni di persone appartenenti alle generazioni dei cosiddetti Baby boomers (nati tra il 1945 e il 1964) e alla Generazione X (nati tra il 1965 e il 1980), rispetto a 3,4 milioni di Millennials (nati tra il 1981 e il 1995) e Generazione Z (nati tra il 1996 e il 2010). Lo squilibrio è evidente: Baby boomers e Generazione X pesano per il 48,5% della popolazione totale e negli anni a venire saranno sostituiti da coorti numericamente inferiori di Millennials e Generazione Z, pari attualmente al 34,3%.

I principali fattori di squilibrio generazionale sono la denatalità, nonostante la presenza di molti cittadini immigrati (i cui tassi di fecondità sono generalmente più elevati di quelli degli italiani) ed il progressivo invecchiamento della popolazione con un indice di vecchiaia lombardo sempre più in crescita (Fonte: relazione Assolombarda 23/07/2023).

In Lombardia si registrano oltre tre milioni di pazienti cronici. Tra le malattie croniche che colpiscono la popolazione lombarda le più diffuse sono l'artrosi, l'ipertensione, l'osteoporosi, le allergie, seguite poi ad una certa distanza da disturbi del sistema nervoso, bronchite o asma, diabete, malattie del cuore e ulcera.

Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo di competenze regionali, riconosciute con le riforme per l'aziendalizzazione del SSN (L. 502/92 e 517/93).

Le Fondazioni IRCCS, a seguito della riforma attuata con la L.R. 23/2015 e s.m.i., hanno mantenuto il loro assetto organizzativo volto a perseguire in modo complementare ed integrato finalità di eccellenza nell'assistenza e nella ricerca clinica e preclinica.

Il ruolo principale degli IRCCS è il miglioramento dell'assistenza, della cura e dei servizi con l'obiettivo di incrementare la salute del cittadino in termini di aspettativa e qualità di vita mediante la ricerca traslazionale applicata.

Per quanto riguarda gli aspetti di ordine criminologico, viene in primo luogo in considerazione il contesto nazionale. L'ANAC, nella propria Relazione annuale 2025 (riferita all'attività del 2024), presentata al Parlamento il 20 maggio 2025, ha evidenziato una situazione di criticità in particolare nel Sistema degli Appalti in cui, in ragione dell'innalzamento delle relative soglie, si registra un eccesso di affidamenti diretti: il 98% dei contratti per servizi e forniture viene assegnato tramite affidamento diretto, sollevando preoccupazioni sulla limitazione della concorrenza. Ha inoltre evidenziato criticità in relazione ai frequenti casi di conflitto d'interesse, sia di piccola che di grande entità, che minano la credibilità delle istituzioni italiane. È stata sottolineata la necessità di regolamentare il tema del lobbying, giudicando incomplete le attuali proposte di legge. Nello stesso senso si legge il rapporto di Transparency International CPI 2025 che ha visto l'Italia scendere al 52° posto con 54 punti, perdendo 10 posizioni, indicando una maggiore percezione di corruzione nel settore pubblico.

Riguardo al contesto territoriale, la Lombardia, si colloca come prima Regione del nord per numero di indagini per corruzione, in ragione degli importanti traffici economici che caratterizzano l'area, i quali da sempre attirano il malaffare. Infatti, nel 2025, la corruzione in Lombardia, come nel resto d'Italia, è risultato un tema caldo con diverse inchieste in corso, soprattutto nel settore degli appalti e lavori pubblici, con la Procura di Milano attiva, e report di associazioni che segnalano un aumento delle indagini complessive nel Paese, confermando la Lombardia come area di interesse, pur senza dati specifici e dettagliati per la sola regione nel 2025 al momento disponibile (cfr. ad es. Dossier Libera, che ha segnalato un incremento significativo di inchieste per corruzione in Italia nel 2025, con circa 96 inchieste e oltre 1000 indagati a livello nazionale, coprendo vari reati come corruzione, concussione e turbativa d'asta - <https://www.regionieambiente.it/corruzione-dossier-2025-libera/>). Focalizzando l'attenzione sul settore sanitario, la corruzione si manifesta altamente preoccupante, sia in ragione dell'ingente volume di risorse gestite sul bilancio regionale, sia in relazione ai forti interessi privati nel settore (la Lombardia è caratterizzata da una forte integrazione con il privato accreditato, che presenta rischi strutturali legati all'esternalizzazione di servizi e alla gestione degli appalti) sia, infine, in ragione degli interessi in gioco.

Soggetti e ruoli

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e dell'illegalità, la Legge n. 190/2012, i PNA e i PTPCT hanno individuato i soggetti esterni all'amministrazione di riferimento.

A livello nazionale e regionale vengono individuati i seguenti soggetti:

- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione;
- ORAC: Organismo regionale per le Attività di Controllo (Regione Lombardia);
- A.G.E.N.A.S. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali);
- Corte dei Conti, attraverso le proprie funzioni di controllo, contribuisce ad individuare misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi.
- Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione (istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013): elabora e adotta le linee di indirizzo in materia di prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione;
- Conferenza Unificata Stato-Regioni;
- Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Prefetto che, ai fini della predisposizione del piano della prevenzione della corruzione, fornisce, su richiesta, il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA.



Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi) nell'ambito della prevenzione della corruzione e Trasparenza

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

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

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

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- *customer satisfaction*: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degeniti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dall'ente, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente;
- da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività.

2.3.2 Contesto interno

Altro elemento fondamentale per la gestione del rischio è l'analisi del contesto interno che riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo.

Per contesto interno si intende l'ambiente interno nel quale l'organizzazione persegue i propri obiettivi. Esso è rappresentato da:

- struttura organizzativa, ruoli, responsabilità;
- attività, strategie, politiche, obiettivi;
- capacità, risorse e conoscenze (persone, processi, tecnologie);
- cultura dell'organizzazione.

L'analisi del contesto interno è basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi; essa tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura a rischio di corruzione.

Organizzazione

Il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Fondazione è l'organizzazione dipartimentale incentrata sulla flessibilità organizzativa e orientata alla creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali, in conformità alla L.R. 33/2009.

L'articolazione dipartimentale della Fondazione nell'assetto proposto con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), giusta D.G.R. N. XI/6811 del 2 agosto 2022 e approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 465DG del 16 settembre 2022, prevede la presenza di Dipartimenti Gestionali. Essi sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite.



Risultano, inoltre, presenti specifiche aree funzionali, che non costituiscono di per sé Dipartimenti, bensì aggregazioni di strutture a livello intra o interdipartimentale per il perseguimento di obiettivi e strategie diagnostico terapeutiche multidisciplinari.

L'organigramma, come meglio descritto nella parte introduttiva del presente PIAO, è disponibile sul sito internet istituzionale.

Rapporto di collaborazione con Università

Con DGR n. X/1563/2014, la Regione Lombardia ha deliberato di integrare il Polo universitario centrale individuato per l'Università degli Studi di Milano con l'inserimento della Fondazione quale Istituto di riferimento per l'oncologia.

La relativa Convenzione ha lo scopo di regolamentare gli aspetti gestionali ed organizzativi per lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche dei corsi di studio pre e post-laurea dell'area medico/sanitaria e delle funzioni assistenziali ad esse connesse.

Rapporto di collaborazione tra amministrazioni

La collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio favorisce la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, di esperienze, di sistemi informativi e di risorse.

Nell'ambito della progettazione, "fare rete" vuol dire "capacità di soggetti simili e/o di varia natura di unire risorse, persone e conoscenze per raggiungere degli obiettivi comuni".

Tale caratteristica, richiesta ad esempio in molti bandi scientifici nazionali ed europei, può rendere più efficaci le attività e conseguentemente facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nella pratica, "fare rete" vuol dire:

- condividere obiettivi comuni;
- concertare le azioni da svolgere;
- coinvolgere tutti i partner nella realizzazione del progetto.

Soggetti della Fondazione coinvolti nella prevenzione della corruzione

Organi di indirizzo: Presidente e Consiglio di Amministrazione:

- designano il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Direzione Strategica:

- Il **Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario**;
- Il **Direttore Scientifico**.

Altri soggetti:

- Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT)**: è la figura cardine su cui si regge il sistema di anticorruzione di livello aziendale delineato con la legge del 6 novembre 2012, n. 190. ANAC definisce il RPCT come "*il punto di riferimento interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della normativa anticorruzione*". Per garantire la continuità del ruolo, si prevede che, nel caso di assenza anche temporanea ed improvvisa del RPCT quest'ultimo sarà sostituito dal Direttore Generale.
- I **Dirigenti** per area di competenza svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di prevenzione,

assicurano l'osservanza del Codice Etico e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari ove di competenza, ed osservano le misure contenute nel presente Piano.

- I **Referenti** per la prevenzione e la trasparenza, individuati dai Dirigenti, svolgono, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione.
- Il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e attesta altresì l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della Fondazione in ottemperanza al dettato normativo in tema di trasparenza. Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT in relazione agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza previsti dal presente piano. Riferisce all'ANAC, come previsto dall'art. 8 bis della Legge 190/2012 (come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016), sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- Il **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio** (GSA): ha il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio. Presso la Fondazione, il GSA è coadiuvato nell'attività di valutazione e individuazione delle operazioni sospette da un Comitato di Sicurezza Finanziaria, composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio.
- Il **Comitato di coordinamento dei controlli interni**, finalizzato alla razionalizzazione delle verifiche e all'armonizzazione dei controlli al fine di perseguire la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che porta gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali.
- L'**Ufficio procedimenti disciplinari** (U.P.D.).
- L'**Internal Auditing** è una funzione di controllo di terzo livello istituita in ottemperanza alle Regole di Sistema 2015 della Regione Lombardia. Al fine di garantire il principio di autonomia di questo livello di controllo, la funzione risponde direttamente al Direttore Generale e mantiene i rapporti con le omonime funzioni degli altri IRCCS pubblici per la progettazione della formazione e la pianificazione dei controlli annuali.
- La funzione di **controllo della Qualità** delle prestazioni e dei servizi è attivata presso la s.c. Qualità e Risk Management, responsabile di attuare i programmi di valutazione e miglioramento della qualità secondo procedure validate a livello regionale e a livello internazionale.
- L'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** (URP).
- I **dipendenti** della Fondazione partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. e segnalano al proprio dirigente casi di potenziale conflitti di interesse.
- I **Collaboratori** a qualsiasi titolo della Fondazione osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di *whistleblowing*.



2.3.3. Il Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR)

Con il PNA 2022 ANAC ha indicato la necessità per tutti gli Enti pubblici di coinvolgere i propri RPCT per monitorare, rendicontare e controllare anche le attività di gestione degli interventi previsti dal PNRR.

A tal fine, la Fondazione assicura sinergia tra RPCT e le Strutture coinvolte nella gestione dei progetti, in linea con la ratio del PNRR e dell'attuale quadro normativo volto alla semplificazione e all'integrazione.

Contesto

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori è impegnata in prima linea nella realizzazione degli investimenti di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ricoprendo un ruolo attivo nell'ambito della missione 6, Investimento 2.1 - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN. Le progettualità presentate dalla Fondazione si sono mostrate in linea con le politiche comunitarie e coerenti con le traiettorie ministeriali, ottenendo finanziamenti per un totale di 4.104.665,00 € nell'ambito del I° e del II° Avviso.

Parimenti, le attività di ricerca condotte dalla Fondazione, hanno ottenuto un riconoscimento nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), mediante cui, a valere su fondi statali, si mira all'integrazione delle risorse PNRR al fine di implementare le infrastrutture di ricerca diffuse sul territorio nazionale con l'intento di mettere a fattor comune le esperienze di eccellenza e valorizzare il sistema Paese.

Investimento 2.1 - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

Nell'ambito del I° avviso, la Fondazione ha ottenuto un finanziamento complessivo di 1.370.585,00 € ed è coinvolta in 5 progetti.

Progetti PNRR a coordinamento (I° avviso)

- PNRR-MAD-2022-12376584 “Dissecting the role of tau in ovarian carcinoma pathogenesis and drug resistance” (finanziamento: 323.585,00 €);
- PNRR-MAD-2022-12376508 “Beyond BMI: external exposome, dysbiosis and systemic inflammation in the development of overweight-related chronic diseases in women” (finanziamento: 225.000,00 €);

Progetti PNRR partner (I° avviso)

- PNRR-MAD-2022-12375663 “Overcoming PARPi resistance in ovarian cancer: from biology to clinical application” (finanziamento: 260.000,00 €);
- PNRR-MAD-2022-12376059 “A multiomics approach to identify signatures of response and resistance to immunotherapy in R/R Diffuse Large B-cell Lymphoma” (finanziamento: 200.000,00 €);
- PNRR-POC-2022-12376329 “From diagnostic to theranostic CXCR4-targeting PET probe. Proof of concept in Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC)-PDX model” (finanziamento: 362.000,00 €).

Tutti i progetti, avviati dal 20 maggio 2023 come da indicazioni ministeriali, con durata naturale di 24 mesi, sono stati prorogati per ulteriori 12 mesi e sono tuttora in corso ad eccezione del progetto PNRR-MAD-2022-12375663 “Overcoming PARPi resistance in ovarian cancer: from biology to clinical application” (finanziamento: 260.000,00 €), che risulta concluso.

Nell'ambito del II° avviso, la Fondazione ha ottenuto un finanziamento complessivo di 2.734.080,00 € ed è coinvolta in 8 progetti.

Progetti PNRR a coordinamento (II° avviso)

- PNRR-POC-2023-12378113 “A composite assay for HER2-positive early-stage breast cancer Management” (finanziamento: 301.100,00 €);
- PNRR-TR1-2023-12377228 “Peritoneal Metastases and Pseudomyxoma Peritonei from Epithelial Appendiceal Neoplasms: Increasing knowledge and optimizing treatment through translational research” (finanziamento 564.650,00 €);
- PNRR-MCNT1-2023-12377359 “Matching primary tumor and blood gene expression analysis of HPVnegative squamous head and neck cancers (BIOMATCH - Head and Neck)” (finanziamento: 600.000,00 €).

Progetti PNRR partner (II° avviso)

- PNRR-TR1-2023-12378169 “Development of Liquid Biopsy Based Approaches For Precision Medicine In Uveal Melanoma Patients” (finanziamento: 334.910,00 €);
- PNRR-TR1-2023-12377666 “A national multicenter pediatric framework and digital infrastructure to foster the genomic approach for children and adolescents with high-risk solid tumors” (finanziamento: 236.420,00 €);
- PNRR-TR1-2023-12377052 “IMPATHY-AML: Integrating Molecular and digital PATHologY to track new response biomarkers in high-risk Acute Myeloid Leukemia during treatment” (finanziamento: 250.000,00 €);
- PNRR-MCNT2-2023-12377189 “Artificial intelligence and compUtational biology for pRedicting nOvel immunotheRApeutic strategies in microsatellite stability colon cancer patients – AURORA” (finanziamento: 150.000,00 €);
- PNRR-MCNT2-2023-12378234 “Improving the unmet need of early diagnosis of cancer in Lynch syndrome carriers: the role of differential microRNAs expression patterns, exome analyses, immunological profiles and tumor type- specific intracellular bacteria” (finanziamento: 300.000,00 €).

I progetti sono stati avviati il 31 agosto 2024 come da indicazioni ministeriali, avranno durata 24 mesi, fatta salva la possibilità di proroga per un massimo di 6 mesi.

A questi progetti, si affiancano ulteriori finanziamenti, per un importo di 1.672.225,00 €, relativi alla partecipazione della Fondazione nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). La Fondazione è coinvolta come Spoke di I° livello nel progetto Hub Life Science – Terapia Avanzata (LSH-TA) PNC-E3-2022-23683269. Inoltre, la Fondazione è presente come spoke di II° livello nel progetto PNC-E3-2022-23683268 PNC-TT NETWORK coordinato dal Centro Cardiologico Monzino IRCCS.

Monitoraggio e controllo del PNRR

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - ha reso disponibile uno strumento applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR, denominato “ReGiS”. Tale sistema si caratterizza per la



sua interoperabilità con altri sistemi esterni con il fine di prevenire i casi di doppio finanziamento, conflitto di interesse, frode e corruzione.

In particolare, deve, tra le altre, assicurare il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa comunitaria e nazionale; garantire il rispetto di eventuali istruzioni tecniche emanate dalle autorità competenti; assicurare l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria; rispettare il principio di “non arrecare danno significativo” (DSNH) agli obiettivi ambientali; adottare proprie procedure interne in conformità ai regolamenti europei; garantire il rispetto del D.Lgs. 36/2023; effettuare i controlli ordinari di gestione e di regolarità amministrativo-contabile le verifiche sul conflitto di interessi, sul doppio finanziamento e quelle relative all'antiriciclaggio; utilizzare il sistema informatico “ReGiS”; garantire il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione.

2.3.4 Mappatura dei processi

La fase dell’analisi del contesto risulta fondamentale per passare alla fase successiva, denominata mappatura dei processi, che consente di individuare i processi svolti, i loro collegamenti e le relazioni interconnesse. Attraverso la mappatura dei processi l’immagine dell’amministrazione da statica e articolata si trasforma in un corpo sociale in movimento al cui interno le persone cooperano per realizzare i processi e l’interesse collettivo.

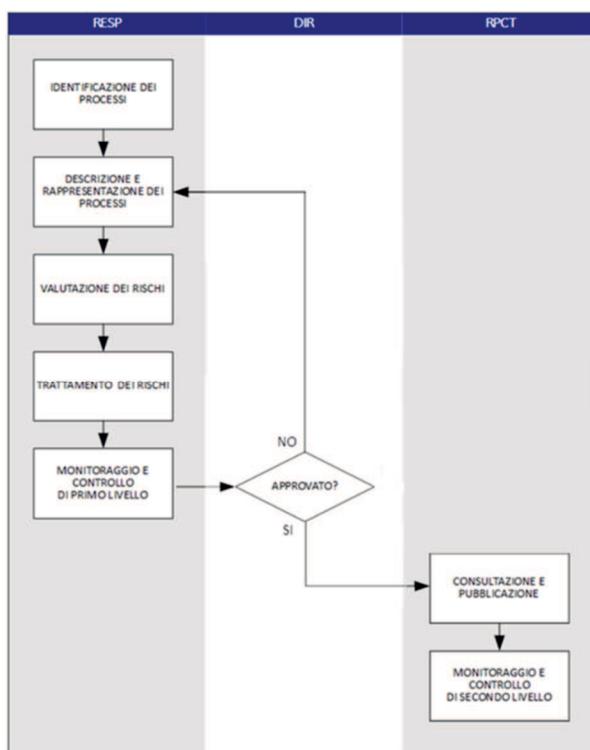
Essa consiste nell’individuazione e analisi dei processi organizzativi, presenti nell’Ente. L’obiettivo finale è che l’intera attività svolta dalla Fondazione venga gradualmente esaminata, così da identificare aree che, per ragioni della natura e peculiarità delle stesse, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è stata articolata in tre fasi ben distinte:

1. identificazione
2. descrizione
3. valutazione



Attività di gestione del rischio



La gestione del rischio è l'insieme delle attività coordinate dal RPCT volte a guidare l'amministrazione nella individuazione di misure adatte a contenere il rischio di corruzione.

Si tratta della previsione (identificazione) dei rischi o meglio degli eventi rischiosi, dei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione a processi definiti e tramite i quali può concretizzarsi il fenomeno corruttivo.

Il catalogo che scaturisce da tale previsione contiene, per quanto possibile, tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi presso la Fondazione, rispetto a un dato processo analizzato.

Per fare ciò il PNA 2019 ha indicato la metodologia da seguire per un'oggettiva analisi e valutazione dei rischi, le cui fasi principali sono:

- analisi del contesto (interno ed esterno)
- mappatura dei processi dell'amministrazione
- valutazione del rischio per ciascun processo
- trattamento del rischio (misure/attività da porre in essere)

Il processo di gestione del rischio presso la Fondazione è stato regolamentato da un'apposita procedura di qualità (PRO-G-03-RPCT).

Di seguito una sintesi dei passaggi che il RPCT, con l'ausilio dei Dirigenti e dei Referenti di struttura deve seguire per identificare i rischi:

Mappatura dei processi



La mappatura, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di individuare le vulnerabilità presenti nei processi e, quindi, i rischi di corruzione che richiedono idonee misure di prevenzione.

Identificazione dei processi

L'identificazione dei processi ha lo scopo di individuare l'elenco completo dei processi aziendali.

Per identificare un processo si può partire dall'analisi della documentazione esistente (organigramma, job description, regolamenti, etc.), dal catalogo aziendale dei procedimenti amministrativi/Percorso Attuativo di Certificabilità - PAC (avendo cura di aggregarli in un unico processo nel caso in cui siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato), dalle prassi consolidate delle singole strutture o dall'analisi di processi analoghi svolti in altri Enti similari.

1 – ELENCO DEI PROCESSI			
1.1 – Dati generali della struttura			
DIR:			
Struttura del DIR:			
RESP:			
Struttura del RESP:			
Data di aggiornamento:			
1.2 – Elenco dei processi			
N°	Nome processo	Area di rischio	Note
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Descrizione e rappresentazione

La descrizione e la rappresentazione di un processo consentono di identificare più agevolmente le criticità presenti in funzione delle modalità di svolgimento, al fine di inserire i necessari correttivi. Infatti, solo analizzando nel dettaglio le singole attività è possibile individuare quelle vulnerabilità che potrebbero favorire il verificarsi di un evento corruttivo.

Valutazione dei rischi

La valutazione dei rischi ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure di prevenzione.



1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO				
1.1 – Dati generali				
Nome del processo:	Nome processo			
Area di rischio:				
Processi connessi:				
Codice:	XXX			
DIR:				
Struttura del DIR:				
RESP:				
Struttura del RESP:				
Data di aggiornamento:	01/01/2022			
1.2 – Descrizione				
Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti

Identificazione dei rischi

L'identificazione dei rischi ha lo scopo di individuare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo. Se un evento rischioso non viene correttamente identificato non potrà essere adeguatamente trattato.

È opportuno prendere in considerazione tutte le possibili fonti informative quali ad esempio:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno/esterno e la mappatura di processi effettuata anche da altre amministrazioni;
- eventuali casi giudiziari o episodi di corruzione/cattiva gestione accaduti anche in altre amministrazioni;
- i risultati del monitoraggio svolto dal RPCT o da altre strutture di controllo;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità;
- le indicazioni fornite dall'ANAC.

Analisi dei rischi

L'analisi ha lo scopo di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Ponderazione dei rischi

Definire il livello di esposizione al rischio è importante per individuare i rischi sui quali intervenire in maniera prioritaria con adeguate misure di prevenzione. Occorre stimare il livello di esposizione di ciascun rischio utilizzando un approccio "qualitativo" basato sull'uso di criteri per la valutazione espressi sotto forma di indicatori di stima del livello di rischio (*key risk indicators*).



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025 IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI REGISTRO DEI RISCHI						
FATTORI ABITANTI				valore da 1 a 5 valore da 1 a 5 valore da 1 a 5 valore da 5 a 1 valore da 5 a 1 valore da 5 a 1	valutazione rischio qualitativo 6 - 10 marginale 11 - 16 accettabile 17 - 23 rilevante 24 - 30 critico	
Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori	Valutazione del rischio qualitativo
Dati oggettivi, a supporto della valutazione: <p>Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione. I reati contro la PA; I reati amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici. Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Reclami e risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malgestione di taluni processi organizzativi. Ulteriori dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni (es. rassegne stampa).</p> <p>La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata ad un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso la Fondazione (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.</p>						

Trattamento dei rischi

Il trattamento dei rischi ha lo scopo di individuare e programmare le misure più idonee a prevenire i rischi corruttivi. I rischi con livello di esposizione medio/alto devono essere obbligatoriamente sottoposti a trattamento.

Individuazione delle misure e programmazione delle stesse

Stesura della checklist.

Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione e di apportare modifiche in caso di non conformità.

Analisi del rischio

L'attività di analisi del rischio (descritta analiticamente all'allegato n. 1 del presente PIAO) costituisce la base per la classificazione e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

L'attività di analisi è stata eseguita per ogni processo mappato. Al fine di individuare i rischi corruttivi, sono stati ipotizzati eventi potenzialmente dannosi legati ai processi analizzati. Successivamente, sono state individuate le cause di ogni rischio.

L'analisi del rischio ha portato a un maggior dettaglio dei processi analizzati e a una più efficace individuazione delle misure correttive collegate.

L'aggiornamento per l'anno 2025 è stato il frutto della collaborazione sistematica tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) e i Responsabili delle strutture delle aree a maggior rischio. Questa modalità di lavoro consente a dirigenti e agli operatori di rivedere costantemente i processi sui quali abitualmente intervengono, per migliorarli dal punto di vista della trasparenza e dell'anticorruzione. Nella medesima logica, l'aggiornamento 2026 è stato condotto a partire dall'analisi dei risultati dei monitoraggi condotti nel corso del 2025, al fine di rivedere / adeguare le misure non più attuali e venire

incontro alle nuove esigenze emerse. Tale lavoro, che garantisce l'aderenza del sistema anticorruzione alla realtà dell'ente, verrà proseguito nel corso del 2026, sempre con il coinvolgimento delle funzioni aziendali. L'applicazione di tale metodo di lavoro ha pertanto condotto:

- all'ampliamento della mappatura delle aree a maggior rischio corruzione e della relativa valutazione;
- all'aggiornamento e sviluppo di ulteriori misure di prevenzione della corruzione e relativi indicatori individuati con i dirigenti delle strutture interessate;
- al superamento di misure non più attuali o efficaci e loro sostituzione.

2.3.5 Rischi corruttivi potenziali e concreti

L'Amministrazione ha posto come riferimento per le strategie di prevenzione del rischio corruttivo elementi che puntano a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, nonché che agevolino la scoperta di fenomeni di corruttela e, in ogni caso, in grado di creare un contesto sfavorevole alla *malagestio*.

Il risultato è riscontrabile nello sviluppo delle misure di prevenzione c.d. "strutturali":

- Trasparenza;
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- *whistleblowing* (Regolamento adottato con Determinazione n. 89DG del 9 marzo 2022 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione e in corso di aggiornamento);
- *pantouflage*;
- formazione per i dipendenti della Fondazione;
- gestione dei conflitti di interessi;
- inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- rotazione del personale (ordinaria e straordinaria).

Altre ulteriori misure di prevenzione introdotte, quali:

- assegnazione di specifici obiettivi al personale dirigenziale e del comparto della Fondazione in materia di anticorruzione e trasparenza;
- obbligo di sottoscrizione dei "patti di integrità" negli appalti e "avvisi per la trasparenza preventiva".

2.3.6 Trattamento del rischio

Per garantire che le misure previste nel PIAO siano sostenibili, concrete e realizzabili, per ciascuna di esse è stata individuata una tempistica di attuazione che si sviluppa nel rispetto dell'arco temporale di vigenza dello stesso.

Le misure individuate sono programmate con l'indicazione di tempi, indicatori di monitoraggio e valori attesi.

2.3.7 Monitoraggio delle misure anticorruzione

Come ogni ciclo di gestione, anche nell'anticorruzione è previsto il monitoraggio che risulta essenziale sia al fine di verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio adottato e del sistema nel suo complesso, sia per rendicontare le scelte effettuate e per attuare decisioni e strategie più puntuali.

L'attività di monitoraggio dell'attuazione del PIAO è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione.



Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del PTPCT, e conseguentemente piena effettività di tale strumento, i Responsabili individuati predispongono rendicontazioni periodiche di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste all'allegato 1.

L'attività di controllo e vigilanza è svolta, per quanto di competenza, in raccordo con la Direzione Strategica, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione.

Qualora il RPCT riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti iniziative:

- per fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o all'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) se si tratta di Dirigenti; comunicazione al Dirigente, in caso di personale del comparto;
- per fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativo/contabile: denuncia alla Corte dei Conti;
- per fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

2.3.8 Azioni e misure generali di Prevenzione della corruzione 2026-2028

Attività	Misure / Indicatore	strutture coinvolte
<p>Modalità di affidamento della Direzione delle Strutture ai Dirigenti, ai sensi del DPR 484/97, del D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. e della DGR Regione Lombardia n. X/553, del 02/08/2013, nonché secondo le norme previste dai vigenti CCCCCNNL.</p>	<p>Report annuale di monitoraggio al RPCT che preveda, per gli incarichi di Direzione di SC, le seguenti verifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale e agli indirizzi di programmazione regionale; • Ricezione preventiva della autorizzazione della DG Welfare alla copertura delle S.C.; • predeterminazione dei criteri e modalità di scelta; • esplicitazione e pubblicazione negli atti relativi al procedimento di nomina della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali; • pubblicazione degli atti del procedimento. per gli incarichi di responsabile di SS e SSD le seguenti verifiche: <ul style="list-style-type: none"> - verifica all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale; - pubblicazione delle unità operative per le quali va conferito l'incarico; - avvio di una procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti; 	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p>



	<ul style="list-style-type: none"> - costituzione della commissione selezionatrice; - predeterminazione dei criteri di selezione; - misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza della rosa/graduatoria degli idonei; - esplicitazione della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione; - pubblicazione degli atti del procedimento in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente. 	
Codice di comportamento: le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti, esteso a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi ed incarichi negli uffici di diretta collaborazione degli organi della Fondazione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrice di beni o servizi e che realizzano opere in favore della Fondazione e per tal via indirizzano l'azione amministrativa. Il rispetto delle prescrizioni contenute nel codice di comportamento, quale adempimento contrattuale, è riportato all'interno dei singoli contratti individuali di lavoro.	<ul style="list-style-type: none"> • aggiornamento del Codice di Comportamento alla luce delle modifiche normative di cui al DPR 13 giugno 2023, n. 81; • organizzazione di moduli di formazione sugli aggiornamenti al Codice di comportamento rivolti a tutto il personale dell'Istituto; • il Codice rimarrà oggetto di informazione durante il corso per i neo assunti, pubblicato sul sito web istituzionale, consegnato a tutto il personale assunto a vario titolo e oggetto di formazione per il personale della Fondazione 	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane In collaborazione con RPCT
Gestione conflitto d'interessi	<ul style="list-style-type: none"> • Redazione/aggiornamento di procedura interna per la gestione del conflitto di interessi • Redazione di modulistica standardizzata per dichiarazione e gestione dei conflitti di interesse • Valutazione dell'adozione delle ulteriori misure previste nel 2025 (par. 3.1) • Richiesta di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ai soggetti coinvolti per ogni affidamento di contratto pubblico conformemente al PNA 2022 (RUP, DEC, DL, commissari) 	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e s.c. Gestione Acquisti



	<ul style="list-style-type: none"> • Misure rafforzate di dichiarazioni di conflitto di interessi per gli appalti PNRR • Aggiornamento biennale della dichiarazione di insussistenza di conflitto di interessi per tutti i dirigenti ad esclusione dei Direttori di Struttura Complessa per i quali la dichiarazione viene resa annualmente, ricordando con cadenza periodica a tutti i dirigenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate. 	
Regolamento per disciplinare incarichi e attività extra istituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001	Aggiornamento regolamento adottato con Deliberazione del C.d.A. n. 73, del 25/10/2016 e revisione modulistica in materia di incompatibilità ed autorizzazione degli incarichi extraistituzionali.	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane in collaborazione con Direzione Scientifica e RPCT
Divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto - Pantouflag: l'art. 1, c. 42, lett. I) della L n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse ad attività lavorativa del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, presso soggetti privati.	<ul style="list-style-type: none"> • inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale e di conferimento di incarichi che prevedono specificamente il divieto di <i>pantouflag</i> • Predisposizione di informativa per i neoassunti sulla normativa applicabile; • Richiesta di sottoscrizione, all'atto della cessazione del servizio per qualsivoglia ragione (dimissioni volontarie, messa riposo ecc.) di dichiarazione di impegno al rispetto di divieto di <i>pantouflag</i> per i soggetti a cui sia applicabile l'art. 53 c. 16-ter D.lgs. 165/2001 • Introduzione di dichiarazioni rivolte all'operatore economico per gli affidamenti di contratti pubblici: inserimento di apposita clausola nella dichiarazione di autocertificazione dei requisiti (affidamenti < 40.000€) o nel DGUE • Previsione di controlli sulle dichiarazioni rese dall'operatore economico; • Monitoraggio sull'acquisizione della documentazione relativa al rispetto del divieto di <i>pantouflag</i>; • Espletamento di moduli di formazione sul tema, con esplicito riferimento ai contenuti del regolamento e alle linee guida ANAC n. 1/2024 	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane S.C. Gestione Acquisti



<p>Incompatibilità e inconferibilità: ai sensi della delibera ANAC n. 833, del 3/8/2016 «<i>Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili</i>», qualora il R.P.C.T. venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D.Lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento e segnalare la violazione all'ANAC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redazione di una procedura per la gestione e la verifica delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità in accordo con la parte speciale del PNA 2025 • Acquisizione di dichiarazione di insussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità per tutti i soggetti rientranti nel perimetro del D.lgs. 39/2013 • Pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e delle dichiarazioni sul sito istituzionale • Report annuale di controllo e acquisizione e pubblicazione delle seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati, nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000: <ul style="list-style-type: none"> ○ DichiaraZione ai sensi del D.lgs. n. 39/2013 relativa alle condizioni personali di inconferibilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali conferiti dalla Pubblica Amministrazione”; ○ DichiaraZione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina a componente/segretario di commissione esaminatrice”. • Effettuazione di verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite 	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane S.C. Affari Generali e Legali Presidenza
<p>Controlli sul casellario giudiziale ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici: verifica circa la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 “<i>inconferibilità d'incarico in caso di condanna per reati contro la P.A.</i>” - all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del Dlgs. n. 165/2001 rubricato 	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo per i dipendenti di comunicare la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali; • L'accertamento sui precedenti penali avviene tramite consultazione del casellario giudiziale, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 del D.lgs. n. 39/2013). • Verifica a campione 	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

"Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici".		
Whistleblowing:	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento canale di segnalazione interno tramite l'utilizzo di piattaforma informatizzata accessibile dal sito istituzionale; • Adeguamento delle procedure e della modulistica alle linee guida ANAC approvate con delibera n. 478 del 26 novembre 2025. 	RPCT
Strumenti di monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e contraenti: - nella documentazione contrattuale e nel sito internet della Fondazione devono essere indicati con chiarezza i riferimenti ai provvedimenti dell'ente in materia di etica e di anticorruzione e le relative conseguenze (Patto di integrità, cfr. art. 1, comma 17 della Legge n. 190/2012); - presenza nel sito web istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al D.P.R. n. 445/2000, e per ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano; - regolare funzionamento del suddetto servizio mediante il coinvolgimento della s.c. Sistemi Informativi.	Report di verifica	S.C. Gestione Acquisti S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale



- Programma triennale forniture e servizi - Programma triennale dei lavori pubblici	Pubblicazione dei due programmi sul profilo del committente (sul sito istituzionale della Fondazione), sul sito informatico del Ministero e delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio dei contratti pubblici tramite il sistema informatizzato di Regione Lombardia di cui all'art. 37 del D. Lgs. 36/2023. Invio comunicazione al RPCT sull'adozione e pubblicazione annuale programma forniture e servizi/lavori pubblici.	S.C. Gestione Acquisti S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Comodato d'uso gratuito: in ottemperanza alle indicazioni di ANAC	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni riguardanti le tecnologie introdotte in Istituto attraverso le modalità del comodato d'uso e della valutazione in prova visione. - Monitoraggio trimestrale di tutte le apparecchiature che vengono introdotte in INT per visioni, comodati d'uso gratuito e donazioni - Richiesta dell'attestazione di assenza di conflitto interessi fra il clinico che propone l'introduzione dell'apparecchiatura in Istituto ed il fornitore, da allegare alla modulistica in uso. 	S.C. Ingegneria Clinica
Ottemperanza a quanto stabilito dalle linee guida ANAC sulla tracciabilità dei flussi finanziari adottate con delibera n. 585/2023 e delibera n. 12/2025	Adozione di apposite clausole che garantiscano la trasparenza e la tracciabilità della filiera, da inserire negli atti di gara e nei contratti, a pena di nullità.	Sezione dedicata del sito
Per gli affidamenti PNRR, utilizzo della piattaforma ReGiS per la rendicontazione.	Verifica della corretta implementazione della piattaforma ReGiS, con aggiornamento bimestrale e controlli periodici a campione.	Direzione Scientifica
Progetti PNRR e PNC	Specifiche misure di prevenzione della corruzione legate alla gestione fondi PNRR e fondi strutturali.	Direzione Scientifica
Internal Auditing: funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Ente e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi, in particolare quelli relativi all'utilizzo dei fondi PNRR.	Trasmissione verbali Audit alla Direzione Strategica e alle strutture oggetto di audit.	Responsabile Internal Audit
Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio o	Creazione del Comitato di Sicurezza Finanziaria composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio.	RPCT



di finanziamento del terrorismo (G.S.A.)"		in collaborazione con SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità
Attività Libero professionale intramoenia (ALPI)	<ul style="list-style-type: none"> - Report di monitoraggio processi relativi alla gestione liste d'attesa e tempi d'attesa. - Report di monitoraggio dei volumi di LP/SSR. 	SC Accoglienza CUP e Libera Professione SC Direzione Medica di Presidio
Condotta responsabile della ricerca: per "condotta scorretta nella ricerca" si intende la violazione dei principi e dei valori etici, dei doveri deontologici e degli standard professionali sui quali si fonda una condotta responsabile e corretta da parte di chi svolge, finanzia o valuta la ricerca scientifica nonché da parte delle istituzioni che la promuovono e la realizzano.	<p>Specifica procedura PRO-G-25-DSC "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica"</p> <p>Formazione dei Ricercatori sui temi dell'integrità della condotta scientifica, in particolare svolgimento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evento formativo in materia di scorretta condotta scientifica, conflitto di interessi e di divulgazione della procedura qualità "Prevenzione, segnalazione, accertamento e gestione di sospetta condotta scientifica"; - evento formativo inerente l'integrità nella ricerca scientifica dedicato in particolare ai nuovi ricercatori. 	Direzione Scientifica
Partner Industriali in accordo con quanto previsto dal D.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 all' art. 4, che modifica l'art. 8, comma 5 sexies del D.lgs. 288/2003.	<p>Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento per gli Albo dei Partner Industriali" (ed eventuale predisposizione dell'Albo), in accordo con quanto previsto dal D.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 all' art. 4, che modifica l'art. 8, comma 5 sexies del D.lgs. 288/2003.</p> <p>In coerenza con quanto previsto dal Regolamento per l'Albo Partner Industriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggiornamento periodico dell'Albo Partner Industriali; - valutazione dei criteri di accesso che dimostrino la comprovata competenza nello sviluppo e/o commercializzazione di prodotti non solo nel settore delle life science ma anche in altro settore affine o propedeutico; - sottoscrizione di impegno alla riservatezza. 	Direzione Scientifica s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO)
Monitoraggio Progetti di ricerca: crediti insoluti derivanti da progetti di ricerca conclusi	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica corretta gestione dei progetti, mediante rendicontazione/provvedimento di chiusura del progetto di ricerca: creazione di una checklist da compilarsi entro la scadenza di ogni anno che possa attestare le verifiche effettuate. - Verifica che la fattura/documento giustificativo presentato per la liquidazione delle spese, contenga tutti gli elementi identificativi/informativi previsti dal Bando 	Direzione Scientifica S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria



	<p>o dalla normativa (Es. Codice PNRR, codice Cup, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione relazione scientifica nel rispetto delle scadenze progettuali (documento necessario a sostegno del credito). Avvio azione di recupero del credito. 	
Monitoraggio Sperimentazioni cliniche profit e non profit: imputazione dei costi e prestazioni sanitarie legate alla sperimentazione, erroneamente addebitate all'SSN quando invece a carico dello sponsor dello studio.	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del software ADT (CUP) prevedendo l'opzione "Trial" e in aggiunta individuare dei percorsi dedicati per l'accettazione. - creazione di un'impegnativa cartacea e di un QRcode o tesserino paziente che renda facilmente identificabile il paziente agli operatori in fase di accettazione; - utilizzo di flag dedicati nei sistemi informativi (CUP, cartella clinica, fatturazione). - Istituzione di una struttura per la rendicontazione presso s.s. Clinical Trials Center 	Direzione Scientifica SS Trasferimento Tecnologico (TTO) S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria S.C. Sistemi Informativi s.s. Clinical Trials Center
Percorso di Certificabilità di Bilancio	Verifica della qualità dei dati contabili attraverso la predisposizione, aggiornamento e validazione di procedure amministrativo contabili volte alla produzione dei dati di bilancio.	S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria
Beni e Servizi Infungibili/esclusivi (procedura PRO-G-05-GA)	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento procedura. - Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento Acquisti. - Controlli a campione da parte del RPCT sulle dichiarazioni di infungibilità/esclusività rilasciate dai richiedenti gli acquisiti. 	S.C. Gestione Acquisti S.C. Farmacia Ospedaliera s.c. Ingegneria Clinica
Direttore Esecuzione Contratto (DEC)	<ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione alla S.C. Gestione Acquisti da parte di tutti i DEC dei certificati di regolare esecuzione dei contratti. - Trasmissione al Direttore Generale di Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento acquisti - Trasmissione al Direttore Generale di check list di controllo e verifiche a campione sulla fase esecutiva dei contratti (cfr. PNA 2025). 	DEC di tutte le strutture Direzione Generale

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio sulla tempestiva applicazione delle penali. 	
Direttore Lavori (DL)	Trasmissione al RUP del Certificato di Regolare Esecuzione relativo alla esecuzione lavori	S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici	<ul style="list-style-type: none"> • Continuo rispetto delle misure previste dal D.lgs. 36/23 in ordine all'automatico rinvio al link di "Amministrazione Trasparente" dei documenti accessibili agli stakeholders grazie all'obbligatorio utilizzo di piattaforme certificate e interoperabili che consentono, in un'unica operazione, il rilascio del CIG ed il caricamento delle informazioni. • Tempestivo e completo popolamento della BDNCP anche con riferimento alla fase esecutiva (cfr. modifiche apportate all'all. II.14 D.lgs. 36/2023 dal d.lgs. 209/2024 e PNA 2025) 	S.C. Gestione Acquisti S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Lavoro agile	Audit di controllo periodici per verificare la correttezza degli adempimenti in materia di lavoro agile.	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
Gestione Rischio Clinico: <ul style="list-style-type: none">- prevenzione e controllo delle infezioni;- sicurezza del lavoratore;- gestione dei materiali da consumo dei dispositivi medici, dei farmaci e degli emocomponenti.	Adozione di misure di trasparenza e controllo previste sui processi a rischio individuati: <ul style="list-style-type: none"> - pubblicazione di dati riferiti a richieste risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti alle tipologie di eventi a rischio con l'indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti nonché delle strutture coinvolte. 	Risk Manager S.C. Affari Generali e Legali S.C. Direzione medica di Presidio; Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione S.C. Farmacia Ospedaliera s.c. Servizio Immunoematologia Trasfusionale - SIMT
Ulteriori misure: <ul style="list-style-type: none">- pubblicazione sul sito del provvedimento di nomina dei componenti delle commissioni di gara e relativi curricula;- rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazioni in ordine all'assenza di condanne per reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale, all'inesistenza delle cause di incompatibilità, e	Il RPCT eserciterà controlli a campione sul sito web istituzionale per verificare l'effettiva realizzazione delle attività previste	S.C. Gestione Acquisti S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane R.P.C.T.

<p>di astensione di cui all'art. 93 comma 5 del D.Lgs. n. 36/2023;</p> <ul style="list-style-type: none"> - recepimento delle disposizioni previste nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del D.lgs. 36/2023; - pubblicazione sul sito, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva; - scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di S.C., tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa; - aggiornamento e futura adozione del Regolamento aziendale per la disciplina delle sponsorizzazioni della Fondazione; - controllo a campione in ordine alla legittimità delle determinazioni dirigenziali. 		
Iniziative formative	Report attività Corsi di Formazione nelle seguenti materie: <ul style="list-style-type: none"> • anticorruzione e trasparenza; • contratti pubblici;PNRR; • diritto amministrativo; • codice di comportamento; • <i>whistleblowing</i>; • <i>pantoufage</i> • integrità della condotta scientifica • contabilità 	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

2.3.9 Trasparenza

Nel corso dell'anno 2025 è proseguita l'attività d'implementazione della sezione, nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

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

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta, infatti, uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche



Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.

Il D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di trasparenza, diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione e ha previsto la pubblicazione, sui siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni di documenti, dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque ad accedere ai siti stessi direttamente ed immediatamente, senza autenticazione e identificazione (art.2).

A seguito dell'emanaione del D. Lgs. n. 97/2016, è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e di tutela dei diritti dei cittadini.

Il presente Piano contiene la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare nel triennio 2026-2028 per dare attuazione, agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013, in conformità con le indicazioni dell'ANAC.

La Fondazione si prefigge, attraverso l'attuazione di tali azioni, di garantire il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati e l'accessibilità alle notizie ed informazioni, al fine di consentire l'attiva partecipazione dei cittadini, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Il processo di attuazione della programmazione in materia di trasparenza si articola in una serie di fasi tra loro strettamente collegate per ognuna delle quali sono stati identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Negli **Allegati 2a e 2b** al presente piano è riportato, in formato tabellare:

- a) l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
- b) l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
- c) l'indicazione dei soggetti responsabili della predisposizione/raccolta di dati e documenti e della loro pubblicazione;
- d) la periodicità del monitoraggio.

I dirigenti di struttura sono individuati, secondo competenza, quali responsabili della predisposizione/raccolta di dati e/o documenti, in formato aperto e accessibile secondo le disposizioni vigenti; i referenti di struttura dagli stessi indicati si occupano della pubblicazione dei dati sul sito, secondo competenza.

Il dirigente responsabile della predisposizione e trasmissione dei dati e/o documenti verifica l'effettiva corretta pubblicazione e ne è responsabile. Più in particolare, il Dirigente verifica e garantisce l'esattezza e la completezza dei dati e la loro conformità ai requisiti di pubblicazione di cui all'art. 6 del Dlgs 33/13, richiamati dall'ANAC nelle Istruzioni operative di cui alla Delibera n. 495/2024 (modificata dalla delibera n. 481/2025). In relazione al processo di validazione dei dati oggetto di pubblicazione ivi previsto, i predetti Dirigenti si individuano quali Responsabili della Validazione dei dati.

Il sito web della Fondazione svolge la funzione di informazione agli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, etc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi, secondo quanto



indicato nelle delibere CIVIT n. 105/2010, n. 2/2012 e nelle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 e 15 maggio 2014 e successive modifiche.

Nel caso in cui le informazioni contengano anche dati personali, sono rispettati i principi di cui al Regolamento UE 679/2016, recepito con D.Lgs. n. 101/2018.

La Fondazione in attuazione al D.Lgs. n. 33/2013, ha realizzato sin dal 2013, sulla home page del proprio sito internet www.istitutotumori.mi.it, la sezione “Amministrazione Trasparente”.

In tale sezione sono pubblicati i dati e i documenti per i quali le disposizioni normative prevedono l’obbligo di pubblicazione.

Ulteriori misure di trasparenza: nella medesima sezione sono altresì pubblicate le ulteriori misure di trasparenza individuate dal presente piano come misure di specifica prevenzione della corruzione. Si precisa che la loro pubblicazione viene attuata nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale:

Affidamento ed esecuzione di contratti di lavori, servizi e forniture – pubblicazione dei seguenti dati:

- contratti prorogati e contratti affidati in via d’urgenza (con relative motivazioni);
- punteggi attribuiti agli offerenti all’esito dell’aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa);
- accordi bonari e transazioni.

1. Pubblicazione delle **varianti di lavori**.

2. Pubblicazione **provvedimenti di liquidazione** per gli appalti di lavori sopra i 500.000,00 euro.

Elenchi professionisti e imprese per l’affidamento di lavori.

Albo dei tecnici.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione Acquisti:

Affidamento ed esecuzione di contratti di servizi e forniture – pubblicazione dei seguenti dati:

- contratti prorogati e contratti affidati in via d’urgenza (con relative motivazioni);
- nominativi dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa);
- punteggi attribuiti agli offerenti all’esito dell’aggiudicazione definitiva (per gli appalti aggiudicati con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa);
- accordi bonari e transazioni

Elenco degli affidamenti di beni e servizi (sopra e sotto soglia comunitaria).

Censimento delle autovetture di servizio.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Procedure di acquisizione del personale:

Esito verifiche dei prerequisiti dei componenti delle commissioni esaminatrici.

Dati relativi agli scioperi.

Dati relativi alle ferie e riposi solidali (istituto giuridico introdotto con il) indicando esclusivamente il numero di giorni richiesti ed il numero di giorni ceduti nell'anno precedente (preservando la riservatezza dei dipendenti interessati).

Dati ulteriori di competenza della s.c. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità:

Elenco adempimenti PAC attuati e aggiornati negli anni di riferimento.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Accoglienza CUP e Libera Professione:

- Elenco delle convenzioni stipulate con enti, casse e società di mutuo soccorso, fondi sanitari integrativi ed assicurazioni che consentono il rimborso totale o parziale delle prestazioni sanitarie effettuate dal paziente.
- Informativa specifica circa le differenze tra le due modalità di convenzione sopraindicate - forma diretta e indiretta.
- Elenco dei medici che effettuano visite specialistiche ambulatoriali e prestazioni diagnostiche radiologiche in libera professione e relativa specifica di giorni e orari delle prestazioni.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane:

Relazione "Piano di Formazione" anno 2020 e anni successivi.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Affari Generali e Legali:**Gestione del patrimonio immobiliare disponibile:**

Pubblicazione di tabella con elenco delle tipologie di procedure attuate per la vendita e la locazione degli immobili.

Dati relativi ai risarcimenti erogati dalla Fondazione nell'ultimo quinquennio.

Albo Avvocati

Albo Medici legali

Albo Notai

Albo Studi Brevettuali

Albo dei Partner industriali

Albo dei Periti

Dati polizza responsabilità civile

Dati ulteriori di competenza della s.c. Sistemi Informativi:

Progetti e-Health per la dematerializzazione dei processi istituzionali: strutturazione e stato di avanzamento.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Ingegneria Clinica:

Pubblicazione della Procedura su apparecchiature "in visione".

Dati ulteriori di competenza del Direttore della s.c. Direzione Medica di Presidio:

Disposizioni anticipate di trattamento (Biotestamento).

Procedura di rilascio documentazione sanitaria ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Dati ulteriori di competenza del Risk Manager:

Eventi avversi ed azioni di miglioramento.

Dati ulteriori di competenza dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico:

Customer Satisfaction.

Modulistica per le segnalazioni da parte degli utenti esterni.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Direzione Professioni Sanitarie – DPS

Vademecum "istruzioni/raccomandazioni sulla gestione delle obblazioni al personale infermieristico".

Dati ulteriori di competenza del Responsabile dell'Attività di Prevenzione e Protezione Aziendale

Indici infortunistici secondo norma UNI.

Foglio illustrativo relativo alle istruzioni di sicurezza al cittadino.

Dati ulteriori di competenza della s.c. Farmacia Ospedaliera

Regolamento sull'attività degli informatori tecnico/scientifici.

Dati ulteriori di competenza della Direzione Scientifica:

Piano Strategico della Ricerca.

Linee di ricerca corrente.

Relazione scientifica di attività finanziate con fondi di ricerca corrente

Rendicontazioni di assegnazione risorse 5x100 (relazioni Ministero Salute e Ministero Università e Ricerca).

Scientific report.

Sezione dedicata "Attuazione Misure PNRR".

Assegnazione "Premio giovani ricercatori" 2019 e anni successivi.

La realizzazione del sito web della Fondazione e della sezione "Amministrazione Trasparente" hanno tenuto conto dei concetti di:



- usabilità, per rispondere meglio alla “reperibilità” di informazioni, in modo completo, chiaro, affidabile e semplice;
- accessibilità, nel rispetto dei parametri previsti dalle disposizioni vigenti per favorire l’accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici.

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione:

- persegue la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto;
- individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse, adoperandosi per favorire l’accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche.

Valutazione della piena conformità del sito web dell’Azienda

Effettuata la verifica sull’apposito applicativo messo a punto dall’ANAC unitamente al CNR (piattaforma TrasparenzAI), il sito della Fondazione risulta conforme nella sua struttura .

Anche la verifica effettuata sull’applicativo ANAC della Piattaforma Unica della Trasparenza (<https://put.anticorruzione.it/ricerca>) rileva un avanzato grado di adempimento degli obblighi di trasparenza.

Recepimento degli schemi della trasparenza e Piattaforma Unica della Trasparenza ANAC

Riguardo agli schemi della trasparenza, adottati dall’ANAC ai sensi dell’art. 48 del D.lgs. 33/13 ai fini della realizzazione della Piattaforma Unica della Trasparenza, la Fondazione ha adottato tempestivamente i primi 3 schemi obbligatori di cui alla Delibera 495/2024.

La Fondazione sta altresì valutando l’opportunità di aderire alla sperimentazione su base volontaria degli ulteriori schemi della trasparenza messi a disposizione dall’ANAC con Delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 (ulteriori 5 schemi relativi agli obblighi di cui agli artt. 14, 15-bis).

Trasparenza nel settore dei contratti pubblici

Riguardo alla trasparenza nel settore dei contratti pubblici, di cui agli artt. 27 e 28 del Dlgs . 36/2023, e Delibera ANAC 264/2023 (come modificata dalla Delibera ANAC 601/2023), l’Azienda ha implementato quanto richiesto, unitamente alla digitalizzazione dei contratti pubblici. Come obiettivo, pertanto si pone la prosecuzione su tale linea, ivi compresa la fase esecutiva dei contratti pubblici su BNDCP.

Tra gli adempimenti di trasparenza rientra inoltre la previsione dell’utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

La Fondazione si è dotata di caselle istituzionali PEC ed è censita nell’IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni). Sulla home page del sito istituzionale vi è un’apposita sezione “Posta Elettronica Certificata”, nella quale è pubblicato l’elenco delle caselle di posta elettronica certificata (PEC) attive presso la Fondazione, con l’indicazione specifica dell’indirizzo di ogni struttura.

L’istituto dell’accesso civico, come inizialmente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, è stato significativamente ampliato dal D.Lgs. n. 97/2016 che lo ha articolato in due fattispecie:

- accesso civico "semplice", preesistente all’entrata in vigore del D.Lgs. n. 97/2016, concernente dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;



- accesso civico "generalizzato", introdotto con il DLgs. n. 97/2016, concernente invece dati, documenti e informazioni ulteriori non soggetti ad obbligo di pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of Information Act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 nella normativa sulla trasparenza contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013.

L'accesso può essere esercitato dal cittadino mediante un'istanza presentata facendo uso della modulistica predisposta dalla Fondazione, a seconda della tipologia di accesso, come previsto dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato della Fondazione pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione.



Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura organizzativa

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il **modello organizzativo** dell'INT segue le disposizioni contenute nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con Delibera del CdA n. 28F seduta n. 43 del 25 maggio 2022.

Il presente modello aderisce alla prospettiva innovativa delineata nella Delibera della Giunta Regionale n. XI/6278/2022. Tale approccio, pur mantenendo la consolidata relazione gerarchica, riconosce l'importanza delle relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria, di area di ricerca e di area amministrativa. L'obiettivo è garantire un costante allineamento tra le responsabilità della Direzione Strategica Aziendale, promuovendo la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

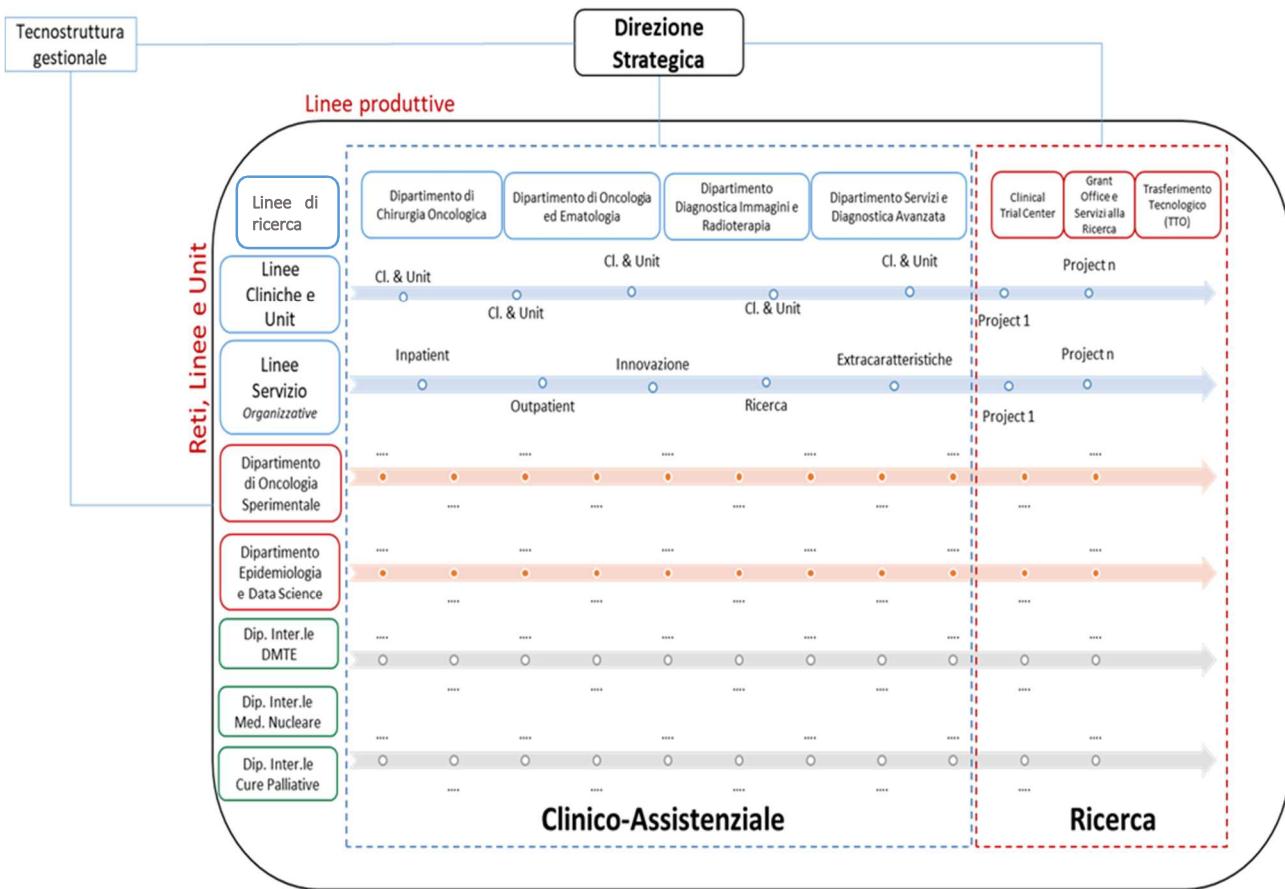
Il sistema di governance dell'Istituto Nazionale Tumori si fonda su un complesso insieme di principi, procedure e regole di vario livello (leggi, regolamenti, ecc.). Il suo scopo primario è guidare il processo di creazione di valore all'interno dell'Istituto, rispondendo alle aspettative dei vari stakeholder.

La **governance** viene esercitata attraverso gli organi della Fondazione:

- Il *Consiglio di Amministrazione* (CdA) a cui spetta con il Presidente l'azione di indirizzo e governo;
- Il *Presidente* a cui compete la legale rappresentanza della Fondazione;
- Il *Direttore Generale*, a cui compete il potere datoriale (datore di lavoro); insieme al Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo esercita l'azione di direzione e controllo ai fini dell'organizzazione e della gestione dell'Istituto;
- Il *Direttore Scientifico*, a cui compete la direzione e controllo dell'attività di ricerca;
- Il *Collegio Sindacale*, a cui spetta l'attività di controllo amministrativo-contabile;
- Il *Collegio di Direzione*, un organo collegiale che supporta in modo consultivo il Direttore Generale nelle linee di programmazione e sviluppo dell'Istituto.

La legge regionale n. 33/2009 s.m.i. ha confermato, nell'articolazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR), le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico come enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica. Queste fondazioni, conformemente a elevati standard di eccellenza, persegono principalmente finalità di ricerca di natura clinica e traslazionale nel campo biomedico. Inoltre, si occupano dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, fornendo prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. La legge garantisce loro piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, in conformità con le disposizioni statutarie, contribuendo così all'erogazione delle prestazioni previste dall'art. 7-ter della L.R. 33/2009, articolo aggiunto dall'art. 11, comma 1, L.R. 14 dicembre 2021, n. 22.

Per quanto riguarda **l'aspetto gestionale**, la Direzione aziendale, per conseguire l'obiettivo strategico dell'integrazione tra assistenza e ricerca, ha introdotto un nuovo modello basato su una gestione per processi e un'organizzazione gestionale e produttiva a matrice nel rispetto delle attività di indirizzo e controllo, dei rapporti e delle relazioni con l'esterno. Tale modello si basa su una Tecnostruttura gestionale, distinguibile e riconducibile gerarchicamente in strutture di staff e line della Direzione Generale, Scientifica, Amministrativa, e Sanitaria, le quali funzionalmente operano in modo trasversale, integrato e diretto sotto la supervisione della Direzione Strategica. Il modello organizzativo è a matrice, finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non solo per funzione, secondo lo schema di seguito riportato:



Il modello organizzativo dell'Istituto, in coerenza con le direttive regionali, evidenzia i rapporti esistenti tra Organi, Organismi, Strutture, Soggetti Istituzionali, Stakeholders etc. ed è così articolato:

- **Strutture e funzioni di staff** afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica.
- **Dipartimenti**: articolazioni organizzative che raggruppano un insieme omogeneo di attività complesse e semplici. I Dipartimenti previsti per l'INT sono sia di tipo gestionale che interaziendali:
 - **Dipartimenti Gestionali**: sono costituiti da strutture complesse semplici e semplici dipartimentali.
 - **Dipartimenti Interaziendali**: derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti a ospedali diversi, volti alla gestione integrata di attività assistenziali.
- **Strutture Complesse**: unità organizzative dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnica e in possesso di requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza.
- **Strutture Semplici**: unità organizzative afferenti ad una struttura complessa o in staff alla Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite al Direttore sovraordinato.
- **Strutture Semplici Dipartimentali**: unità organizzative afferenti gerarchicamente al Dipartimento e dotate di autonomia gestionale e organizzativa e specificità professionale.
- **Incarichi professionali di altissima professionalità e alta specializzazione**: incarichi che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.

**L'ORGANIGRAMMA****Staff Direttore Generale**

Struttura e Funzioni	Tipologia
Sistemi Informativi	Struttura Complessa
Controllo di Gestione	Struttura Semplice
URP	Funzione
Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Funzione
Trasparenza e Anticorruzione	Funzione
Internal Auditing – Sistemi di Controlli Interni	Funzione
Privacy e DPO	Funzione
Ufficio Pubblica Tutela	Funzione
Medico competente e Attività di Sorveglianza sanitaria	Funzione
Funzioni di culto	Funzione
CUG (Comitato Unico di Garanzia)	Funzione
CCCI (Comitato di Coordinamento dei Controlli interni)	Funzione

Staff Direttore Scientifico

Struttura	Tipologia
Clinical Trial Center	Struttura Semplice
Trasferimento Tecnologico (TTO)	Struttura Semplice
Grant Office e Servizi alla Ricerca	Struttura Semplice

Staff Direttore Sanitario

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Direzione Medica di Presidio	Accreditamento e Certificazioni Internazionali
Direzione Professioni Sanitarie	
Ingegneria Clinica	
Farmacia Ospedaliera	Centrale preparazioni farmaci Farmacoeconomia e acquisti
Qualità e Risk Management	Nutrizione Clinica Gestione Operativa

i Dipartimenti Gestionali:**Dipartimento Amministrativo e Tecnico**

Struttura	Tipologia
Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Struttura Complessa
Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Struttura Complessa
Gestione Acquisti	Struttura Complessa
Affari Generali e Legali	Struttura Complessa



Accoglienza - CUP e Libera Professione	Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale	Struttura Complessa

Dipartimento Chirurgia Oncologica

Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Generale Oncologica 6 – Oncologia Pediatrica	
Laser Terapia	
Day Surgery Oncologico	
Chirurgia plastica	
Strutture Complesse	
Chirurgia Generale Oncologica 1 – Epato-gastro-pancreatica	Trapianti di fegato
Chirurgia Generale Oncologica 2 - Colonretto	Tumori Ereditari Apparato Digerente
	Tumori Peritoneali
Chirurgia Generale Oncologica 3 – Senologia	Senologia Chirurgica Integrata
Chirurgia Generale Oncologica 4 - Melanomi	Chirurgia Oncologica oculare
Chirurgia Generale Oncologica 7 – Sarcomi	
Chirurgia Toracica	
Ginecologia Oncologica	
Otorinolaringoiatria Oncologica	Chirurgia Maxillo Facciale
Urologia Oncologica	Tumori Pene e Testicolo
Anestesia Rianimazione	Anestesia e Blocco Operatorio
	Terapia Intensiva

Dipartimento Oncologia ed Ematologia

Strutture Semplici Dipartimentali	
Genetica Medica	
Oncologia Medica 4 – Cure supporto internistico e geriatrico	
Day Hospital Oncologico	
Oncologia Medica Genitourinaria	
Farmacologia Clinica	
Strutture Complesse	
Cure Palliative - Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione	
Ematologia	
Oncologia Medica 1	Oncologia Medica Gastroenterologica
	Percorsi clinici in oncologia
	Oncologia Medica Melanomi
	Oncologia Medica Senologica
	Immunoterapia Clinica dei Tumori e Terapie Innovative
Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari	
Oncologia Medica 3 - Tumori Testa Collo	
Oncologia pediatrica	

**Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia**

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Fisica Sanitaria	Radioprotezione
Medicina Nucleare	Diagnostica PET
	Terapia Medico Nucleare
	Ecografia Interventistica
	Radiologia Senologica
Radiologia Diagnostica e Interventistica	Interventionistica Oncologica
	Diagnostica Oncologica Muscolo Scheletrica
	Diagnostica Oncologica Pediatrica
	Radioterapia Tumori Mammella
Radioterapia	Radioterapia Tumori Genitourinari
	Radioterapia Pediatrica

Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata

Strutture Semplici Dipartimentali	
Psicologia Clinica	
Pneumologia	
Biobanca	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Anatomia Patologica 1	Digital Pathology
	Emopatologia Molecolare
Anatomia Patologica 2	Diagnostica e Ricerca Molecolare
	Tumori dei Tessuti Molli
Cardiologia	
Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	
Medicina di laboratorio	
Servizio Immunoematologia Trasfusionale (SIMT)	

Dipartimento Oncologia Sperimentale

Strutture Semplici Dipartimentali	
Immunologia Traslazionale	
Stabulario	
Biologia Integrata Tumori Rari	
Ricerca Nutrizionale e Metabolomica	
Medicina Predittiva: Basi Molecolari del Rischio Genetico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Farmacologia Molecolare	
Epigenomica e Biomarcatori dei Tumori Solidi	Epigenomica Molecolare
Immunologia Molecolare	Microambiente e Biomarcatori dei Tumori Solidi

**Dipartimento Epidemiologia e Data Science**

Strutture Semplici Dipartimentali	
Epidemiologia Valutativa	
Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Data Science	Bioinformatica e Biostatistica Biostatistica per la Ricerca Clinica
Epidemiologia e Prevenzione	Registro Tumori Epidemiologia Ambientale

SISTEMI DEGLI INCARICHI

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

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

Tipologie di incarichi dirigenziali dell'Area Sanità ai sensi dell'art. 22 del CCNL Area Sanità sottoscritto in data 23/01/2024:

1. *Incarichi gestionali*:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- c) incarico di direzione di struttura semplice;
- d) incarico di direttore di dipartimento, conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

2. *Incarichi professionali*:

- a) incarico professionale di altissima professionalità: è un'articolazione funzionale che assicura prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici; è conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico; gli incarichi di questa tipologia, sulla base dell'ampiezza del campo di attività di riferimento, si distinguono a loro volta in:
 - a1) incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale: si tratta di incarico che, pur collocato funzionalmente all'interno di una struttura, è dotato di una elevata autonomia professionale e rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione,



- il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici;
- a2) incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale o distrettuale: si tratta di incarico collocato all'interno di una struttura, dotato di autonomia professionale che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori disciplinari;
- b) incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice anche a valenza dipartimentale o distrettuale - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. E' conferito ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- d) incarico professionale iniziale che corrisponde all' ex incarico professionale di base: conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova.

Tipologie di incarichi dirigenziali dell'Area Funzioni Locali ai sensi dell'art. 70 del CCNL Area Funzioni Locali sottoscritto in data 17/12/2020, tuttora vigente:

1. *Incarichi gestionali:*

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale, non presente nell'attuale organigramma della Fondazione;
- c) incarico di direzione di struttura semplice;
- d) incarico di direttore di dipartimento, conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

2. *Incarico professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo.* Tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico specialistiche.

Tutti i dirigenti dell'Area Funzioni Locali, anche neoassunti, dopo il periodo di prova, hanno diritto al conferimento di un incarico dirigenziale, in relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare nonché alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente. Gli incarichi sono conferiti anche a dirigenti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato, che, dopo il superamento del periodo di prova, abbiano prestato servizio per almeno 6 mesi.

Il conferimento delle deleghe si basa su criteri che, coerentemente con l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale introdotto dalla legge regionale e con il modello organizzativo a matrice del POAS, identificano nei dirigenti dello staff della Direzione Strategica e delle linee la responsabilità nelle fasi di



attuazione delle politiche gestionali dell'IRCCS, nell'ottica dell'integrazione e del graduale superamento di un modello gerarchico/funzionale.

La Direzione Strategica assume unitariamente la responsabilità di indirizzo generale e di controllo/supervisione e si avvale per la gestione dell'Istituto di uno staff che incorpora e fonde diverse competenze, riorganizzate in aree di bisogno gestionale, per favorire il “governo” delle attività per processo. Tutti gli incarichi, sia di natura gestionale sia di natura professionale, sono attribuiti, con provvedimento motivato, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, dal CCNL, dagli accordi decentrati e dalla regolamentazione aziendale.

Tipologie di incarichi attribuibili al personale del comparto ai sensi dell'art. 24 del CCNL comparto sanità del 2.11.2022 (nel 2026 si provvederà all'aggiornamento del sistema degli incarichi del Comparto in applicazione del nuovo CCNL 27/10/2025):

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

Di seguito si riportano le mappature degli incarichi del comparto:

DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI DI FUNZIONE
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	9
DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	12
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	4
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE	1
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	10
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	10
DIPARTIMENTO. SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA	8
DIREZIONE GENERALE	2
DIREZIONE SANITARIA	15
DIREZIONE SCIENTIFICA	1
PRESIDENZA	0
Totale complessivo	72

Di cui, n. 60 incarichi di funzione organizzativa e n. 12 incarichi di funzione professionale, così ripartiti:

DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI ORGANIZZATIVI	DIREZIONI/DIPARTIMENTI	INCARICHI PROFESSIONALI
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	8	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	1



DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	8
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	4
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE	1
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	8
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	10
DIPARTIMENTO SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA	7
DIREZIONE GENERALE	1
DIREZIONE SANITARIA	12
DIREZIONE SCIENTIFICA	1
PRESIDENZA	0
TOTALE	60

DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	4
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	0
DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE	0
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	2
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE	0
DIPARTIMENTO SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA	1
DIR. GENERALE	1
DIREZIONE SANITARIA	3
DIREZIONE SCIENTIFICA	0
PRESIDENZA	0
TOTALE	12

Tipologie di incarichi attribuibili al personale del comparto sezione della Ricerca Sanitaria e di Supporto alla ricerca sanitaria, ai sensi degli artt. 5 e 6 del CCNL del 21/02/2024.

Le tipologie di incarichi conferibili al personale inquadrato nel profilo di **Collaboratore alla ricerca sanitaria** sono le seguenti:

- incarico di complessità base**: il titolare di questo incarico esercita attività e funzioni nell'ambito di un gruppo di ricerca ed è aderente all'organizzazione della struttura di assegnazione dell'istituto.
- incarico di complessità media**: il titolare di questo incarico svolge la propria attività nell'ambito di un gruppo di ricerca, con eventuali funzioni di supervisione di collaboratori.
- incarico di complessità elevata**: il titolare di questo incarico conduce attività ad elevata complessità pianificando il lavoro proprio e altrui, anche coordinando un gruppo di collaboratori.
- incarico di responsabile di funzione**: il titolare di questo incarico è responsabile di un'area funzionale, di cui assume piena responsabilità di risultato; nello svolgimento dell'incarico, coordina e supervisiona un gruppo di collaboratori.

Le tipologie di incarichi conferibili al personale inquadrato nel profilo di **Ricercatore Sanitario** sono le seguenti:

- Base**: obbligatoriamente assegnato al personale neoassunto e al personale non destinatario di altra tipologia di incarico
- Junior**: destinato al personale che svolge la propria attività nell'ambito di un gruppo di ricerca; il titolare dell'incarico junior è responsabile di un progetto di medio-bassa complessità, che prevede obiettivi da conseguire, un piano di lavoro ed un budget di progetto.
- Middle**: destinato al personale che svolge la propria attività nell'ambito di un gruppo di ricerca; il titolare dell'incarico middle è responsabile di un progetto di medio-alta complessità, che prevede obiettivi da conseguire, un piano di lavoro ed un budget di progetto.



- d) **Senior:** destinato al personale che svolge la propria attività supervisionando ricercatori Base, Junior o Middle; il titolare dell'incarico senior è responsabile di una pluralità di progetti di medio-elevata complessità.
- e) **Responsabile di ricerca:** il responsabile di ricerca assume la responsabilità di una o più linee di ricerca, anche sugli aspetti economico-finanziari e di monitoraggio dei relativi progetti, coordinando e supervisionando l'attività di un gruppo di ricercatori e/o assumendo la responsabilità di laboratorio.

Il sistema degli incarichi relativi al personale del comparto sezione della Ricerca Sanitaria e di Supporto alla ricerca sanitaria è in corso di definizione; ai soli Ricercatori Sanitari in forza all'entrata in vigore del CCNL 21/02/2024 è stato attribuito un incarico, ai sensi dell'art. 16 del medesimo CCNL, corrispondente alla posizione retributiva in precedenza in godimento, con termine prorogato al 31/12/2025.

3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale (PTFP)

Allo stato non sono pervenute indicazioni da parte dei competenti organi della Direzione Generale Welfare in ordine alla compilazione del PTFP 2026-2028. La programmazione per il PTFP 2026-2028 terrà conto degli assetti organizzativi del POAS attualmente vigente, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNRR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non strutturato;
- il costo derivante dall'attuazione del Piano di cui sopra;
- la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria.

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

- DPR 483/1997 “Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”;
- DPR 484/1997 “Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”;
- DPR 220/2001 “Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”;
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi e selezioni a tempo determinato, la Fondazione, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali le mobilità fra amministrazioni pubbliche (c.d. “mobilità fra Enti pubblici” ex D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e c.d. “stabilizzazione” nei casi consentiti dalla normativa vigente).

Consistenza del personale al 31.12.2025

La consistenza del personale al 31.12.2025 è rappresentata nella tabella seguente mostrando, oltre ai profili professionali presenti in Istituto, distinti tra dirigenza e comparto, l'effettivo personale reclutato e attivo al 31.12.2025.

**TABELLA DEGLI ATTIVI AL 31/12/2025**

ATTIVI AL 31/12/2025	OSPEDALE	RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
DIRIGENZA MEDICA	300	2	302
DIRIGENZA VETERINARIA			
DIRIGENZA SANITARIA	49	10	59
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	1		1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4		4
DIRIGENZA TECNICA	3	2	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6		6
TOTALE DIRIGENZA N. TESTE	363	14	377
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	452		452
OSTETRICA			
PERSONALE TECNICO SANITARIO	189		189
ASSISTENTI SANITARI	2		2
TECNICO DELLA PREVENZIONE			-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	19		19
ASSISTENTI SOCIALI	3		3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	101		101
OTA	2		2
OSS	188		188
AUSILIARI			
ASSISTENTE RELIGIOSO			
PERS. AMMINISTRATIVO	278		278
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA		184	184
TOTALE COMPARTO N. TESTE	1.234	184	1.418
TOTALE COMPLESSIVO N. TESTE	1.597	198	1.795
N. TESTE TOTALI (AL NETTO PIRAMIDE RICERCA)			1.611

La dotazione organica 2025, distinta per personale destinato all'attività ospedaliera e all'attività di ricerca, è il punto di partenza per la programmazione strategica del 2026 e per lo sviluppo del futuro Piano Triennale dei Fabbisogni di personale 2026-2028.

Programmazione strategica 2026

Nel Piano Triennale dei fabbisogni del personale saranno inserite le nuove dotazioni organiche anche per il 2027 e 2028 e i nuovi fabbisogni espressi in FTE e relativi costi per le suddette annualità.

Ove dovessero essere confermate le indicazioni regionali pervenute in materia per il PTFP 2025-2027, la scheda della dotazione organica di ogni anno sarà distinta in 2 sezioni:

- Ospedale
- Ricerca

Il Piano sarà costruito prevedendo la completa sostituzione del turn over nel triennio considerato.

In ottemperanza agli accordi sottoscritti con il Ministero della Salute dalla Direzione della Fondazione e dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, con nota 27 luglio 2016 prot. G1.2016.0025434, si conferma nuovamente che è auspicato il riconoscimento dei contributi ancora mancati pari a €700.000,00 a seguito di parziale riconoscimento delle quote previste per il 2020 pari a € 250.000,00, e per il 2018 e il



2019 pari a ulteriori € 450.000,00. Si aggiunge che la Fondazione ha disposto, in fase di assestamento di bilancio, il passaggio, dal sezionale ricerca a quello dell'assistenza, di un'unità di personale avente profilo di dirigente medico, già in forza presso la s.c. Data science. Si resta tuttora in attesa di ricevere notizie in ordine alla proposta di trasferimento delle restanti n. 19 unità, rispetto alle n. 24 inizialmente appostate, di personale dirigente finanziato mediante il contributo ministeriale per la ricerca corrente. Lo stesso dicasì per le n. 14 unità aggiuntive di personale infermieristico dedicate alla ricerca, richieste con il precedente PTFP 2024-2026.

Il Piano dovrà prevedere il reclutamento nel limite del budget dei costi autorizzati nel PTFP e di quelli necessari che dovranno essere autorizzati nel BPE ovvero in sede di assestamento con decreti successivi.

Per la determinazione della dotazione organica si fa rinvio al PTFP 2026-2028 da compilarsi a seguito di trasmissione da parte dei competenti organi della Direzione Generale Welfare delle relative "regole". L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che devono essere garantiti in modo equo e trasparente all'utenza.

La Conferenza Stato-Regioni ha redatto le linee guida di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato al fine di garantire di rendere omogeneo sul territorio italiano l'approccio al governo di tale percorso.

Regione Lombardia ha preso atto dell'importanza strategica che riveste il rispetto dei tempi massimi di attesa dei ricoveri chirurgici, in particolare quelli oncologici organizzando negli ultimi anni una serie di azioni finalizzate a raggiungere questo obiettivo.

Si conferma che, anche per l'anno 2026, la Direzione Strategica della Fondazione ha avviato il processo di ridefinizione degli obiettivi, dei livelli di responsabilizzazione e di coinvolgimento del personale relativamente ai tempi d'attesa attraverso un controllo di gestione efficace nonché di meccanismi di integrazione organizzativa tra le singole strutture ospedaliere, in grado di affrontare e risolvere le problematiche che attraversano trasversalmente più Unità Operative.

La Fondazione, data la sua peculiarità di IRCCS mono-specialistico oncologico di riferimento nazionale, tratta un numero elevatissimo di pazienti in classe A e quindi presenta un'altissima complessità nella gestione delle liste di attesa dovendo coniugare più esigenze assistenziali.

L'integrazione di personale all'interno delle singole unità operative ha tra i principali obiettivi quello di erogare un più alto numero di ricoveri/prestazioni ambulatoriali rispettando i tempi di attesa previsti dalla classe di priorità.

Infine si aggiunge che, in relazione alla nuova tipologia di trattenimento in servizio prevista dalla recente legge di bilancio (legge 30 dicembre 2024, n. 207 all'articolo 1, comma 165) che consente a discrezione delle Amministrazioni di trattenere in servizio, non oltre il settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale, per far fronte ad attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili, e vista la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 22 gennaio 2025, la Fondazione ha effettuato nel 2025 le dovute valutazioni e ricognizioni in coerenza con le indicazioni contenute nella Direttiva sopra citata, disponendo per un trattenimento in servizio ai sensi della citata normativa (1 dirigente analista – s.c. Epidemiologia e prevenzione). Analogamente provvederà nel triennio considerato.



Il Piano Triennale 2026-2028

Partendo dalla dotazione organica del 2025, il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) sarà applicato nel rispetto della programmazione triennale della Fondazione e della dotazione organica che corrisponde al fabbisogno di personale necessario a ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e a perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e agli utenti, nonché in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Copertura del fabbisogno

La copertura del fabbisogno programmato per il 2026, tuttora in fase di definizione, dovrà riguardare:

- i dipendenti in forza durante l'anno 2025
- il turn-over dei dipendenti per cessazioni e pensionamenti
- il reclutamento dipendenti per incremento del personale in base alla programmazione strategica del 2026
- tutti gli "istituti stipendiali" previsti per legge e in base ai contratti nazionali di lavoro del settore.



3.3 Formazione del personale

La promozione della formazione costituisce uno specifico obiettivo di *performance* di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, in modo da garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annue, a partire dal 2025, non inferiore a 40, pari ad una settimana di formazione per anno.

A livello organizzativo, il rafforzamento delle politiche di formazione passa, innanzi tutto, attraverso il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Muovendo da queste premesse, con **Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 24 gennaio 2024**, avente per oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti", sono state indicate alle Pubbliche Amministrazioni le linee guida da seguire nella pianificazione e programmazione della formazione aziendale.

Pertanto, al fine di agevolare la pianificazione e il monitoraggio della formazione attraverso la creazione di un linguaggio comune e un'azione di sistematizzazione, la Fondazione, per ciascun intervento formativo terrà in considerazione i seguenti set informativi:

1. area di competenze e relativo ambito di competenza (o tema di riferimento), secondo la classificazione riportata al par. 4 della citata Direttiva;
2. eventuale carattere di obbligatorietà della formazione, riportandone il riferimento normativo;
3. destinatari (target), espressi sia in termini di tipologia, differenziando al minimo i dirigenti dal personale non dirigente, che in termini numerici;
4. modalità di erogazione della formazione (ad esempio apprendimento autonomo, formazione in presenza, webinar, etc.);
5. numero di ore di formazione pro-capite previste;
6. risorse attivabili, specificando, in particolare, il ricorso alla piattaforma Syllabus o di altre fonti (ad esempio SNA e relativi poli territoriali, operatori di mercato, corsi autoprodotti, etc.);
7. tempi di erogazione, ovvero il periodo di riferimento in cui si prevede l'erogazione della formazione.
8. In sede di monitoraggio è necessario che ciascuna amministrazione tracci il numero effettivo di destinatari che hanno completato con successo ciascun intervento formativo pianificato.
9. Il ricorso ad un linguaggio comune e alla creazione di un *dataset* condiviso per la definizione dei programmi formativi e la successiva predisposizione di open badge che attestano il completamento con successo della formazione, rappresenta il presupposto per la condivisione con il Dipartimento della funzione pubblica, tramite la piattaforma Syllabus, dei risultati di apprendimento conseguiti come ulteriore passo per la costruzione del fascicolo delle competenze del dipendente pubblico.

In sede di valutazione, verrà verificato il contributo e l'impatto determinato dagli investimenti in formazione e sviluppo del capitale umano per la crescita delle persone, il miglioramento della *performance* e la produzione di valore pubblico.

Ciò premesso, la Fondazione, dal 2005 (anno di istituzione dell'accreditamento regionale), è Provider di Regione Lombardia per l'Educazione Continua in Medicina- *Continuous Professional Development* (ECM-CPD) e Certificata UNI EN ISO 9011 per il settore EA 37 "Istruzione".

Attraverso lo sviluppo continuo delle competenze, INT non solo intende promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, ma anche favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana, nonché incentivare l'innovazione.

La formazione aziendale costituisce dunque una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato

all'acquisizione, all'aggiornamento e al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato.

Il Piano di Formazione Aziendale (PFA) è tra gli strumenti strategici funzionali a supportare la realizzazione di questi obiettivi, definendo l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale, a seguito di una rilevazione del fabbisogno formativo volta a:

- mettere in luce le necessità formative espresse dalle singole strutture;
- far emergere eventuali gap formativi da colmare;
- promuovere eventi formativi su temi particolarmente innovativi o in relazione a temi "inediti", per cui in passato non è stata ancora erogata formazione.

Il PFA validato dal Comitato Scientifico del Provider ed approvato dal Direttore Generale, previa trasmissione dello stesso alle OO.SS., si traduce in eventi formativi programmati in INT e partecipazione ad eventi extrasede.

Durante il periodo di erogazione del PFA è previsto un monitoraggio periodico delle esigenze formative in relazione alla qualità e sicurezza delle cure e dei servizi e alla promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica, con l'eventuale realizzazione di eventi Extra Piano, valutati preventivamente dal Comitato Scientifico.

Per l'annualità 2025-2027, i processi formativi che saranno progettati e attivati, saranno differenziati in base:

- alle macro aree tematiche (formazione tecnica-professionale; formazione da obblighi di legge; formazione in ambito digitale, etc)
- al target dei destinatari, considerando le qualifiche professionali (es: medici, infermieri, amministrativi, etc) e/o il ruolo ricoperto (es: neoassunto, personale da re-skillare, etc).
- alle metodologie utilizzate (es: corsi residenziali, online, formazione sul campo, etc);

Il personale destinatario delle attività formative dell'annualità considerata è rappresentato da tutti i professionisti del ruolo sanitario, sia dirigenti che comparto, e dal personale non compreso nelle categorie ECM, ivi incluso il personale assunto con contratti di collaborazione, titolari di borse di studio e specializzandi. L'erogazione della formazione obbligatoria in base a disposizioni normative viene garantita agli interessati anche esterni a INT, che frequentano l'Istituto per finalità di studio e/o ricerca (es: tirocinanti, studenti).

Nella tabella sottostante, vi è un estratto di come saranno realizzati i principali obiettivi di sviluppo delle competenze del personale:

OBIETTIVO	AREA TEMATICA	TARGET DESTINATARI	METODOLOGIA
Sviluppo conoscenze tecniche-professionali in ambito sanitario	Aggiornamento pratiche cliniche e studi clinici; Utilizzo di attrezzature; miglioramento dei percorsi clinici e assistenziali; Diffusione e consolidamento del sistema Qualità aziendale e di gestione dei rischi;	Personale impegnato in attività di cura e supporto alla cura	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo Formazione a Distanza
Sviluppo conoscenze tecniche-professionali in ambito di ricerca	Qualità e integrità della ricerca; Gestione delle sperimentazioni cliniche e degli studi di Fase I; Gestione dei progetti e finanziamenti europei; Gestione della Comunicazione Scientifica	Personale impegnato in attività di sviluppo e supporto alla ricerca	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo Formazione a Distanza



OBIETTIVO	AREA TEMATICA	TARGET DESTINATARI	METODOLOGIA
Sviluppo conoscenze tecniche-professionali in ambito amministrativo e tecnico	Corsi correlati a procedure, processi, novità normative; Informatica e applicativi in uso;	Personale tecnico e amministrativo	Formazione Residenziale; Formazione a Distanza; Formazione sul Campo
Sviluppo competenze digitali	Colmare il divario digitale; potenziare le <i>digital skills</i> attraverso l'adesione al Programma Syllabus promosso del Dipartimento della Funzione Pubblica, in base a quanto riportato nella Direttiva del 24 marzo 2023	Tutto il personale	Formazione a Distanza
Sviluppo competenze manageriali	Clinical Competence dirigenziali; Lean Management; Valorizzazione professionale Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali	Dirigenti, Personale con ruoli di coordinamento e incarichi di funzione	Formazione Residenziale; Formazione sul Campo
Sviluppo cultura dell'uguaglianza di genere	Gender Equality Plan; Diversità e discriminazione di Genere	Tutto il personale	Formazione a Distanza
Sviluppo competenze relazionali	Comunicazione efficace nelle relazioni di cura; Comunicazione interpersonale e gestione dei conflitti	Personale impegnato in attività di cura e supporto alla cura; Tutto il personale	Formazione Residenziale Formazione a Distanza
Formazione cogente da obblighi normativi	Trasparenza e Anticorruzione; Privacy; Salute e Sicurezza sul luogo di lavoro; Radioprotezione; ulteriori bisogni emergenti richiesti dall'evoluzione normativa	Tutto il personale	Formazione a Distanza; Formazione Residenziale
Formazione base in ingresso	Area Amministrativa; Area di Ricerca; Area Sanitaria	Personale neoassunto	Formazione a Distanza
Up-skilling del Personale	Partecipazione a: Community di esperti e di pratiche in ambito di Formazione e Controller; Network per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti; Programmi formativi promossi dal Dipartimento della Funzione Pubblica Promuovere la conoscenza e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario 2.0	Personale con incarichi di funzione e/o impegnato in attività di promozione del cambiamento aziendale e di sviluppo dell'innovazione	Formazione a Distanza e Formazione Residenziale erogata da Organizzazioni esterne qualificate
Sviluppo dell'Innovazione	Intelligenza Artificiale in ambito di Ricerca Biomedica e Supporto Decisionale nella Pratica Clinica; Robotica in ambito clinico Sanità Digitale del Futuro	Personale impegnato in attività cliniche e di sviluppo e supporto alla ricerca	Formazione Residenziale Formazione sul Campo



La diffusione e divulgazione delle iniziative formative verrà attuata mediante la pubblicazione del PFA, la pubblicazione dei programmi dei singoli eventi formativi sulla INTranet aziendale, nonché mediante apposite comunicazioni di segnalazione dell'evento formativo, inviate al target dei beneficiari via email e/o pubblicate sul Portale del Dipendente.

Considerato che, analogamente ai processi di progettazione ed erogazione degli eventi formativi, anche la misurazione dei risultati conseguiti è un elemento qualificante dell'attività formativa, INT ha definito un sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati, e relativi indicatori:

- **indicatori di output/realizzazione** - La misurazione dei rapporti tra posti disponibili, numero di personale iscritto e di quanti hanno ultimato con profitto la formazione. Inoltre, rispetto agli eventi formativi erogati con modalità a distanza, la rilevazione anche dei tentativi falliti di superamento dell'apprendimento del singolo evento formativo, al fine di mettere in luce particolari e generalizzate complessità del percorso formativo.

Rendicontazione delle ore di formazione fruite in un anno, differenziate anche in base alla metodologia formativa e al profilo professionale.

Il PFA è monitorato trimestralmente non solo con indicatori di efficienza (% di realizzazione degli eventi pianificati), ma anche di efficacia, vale a dire la qualità percepita complessiva della formazione erogata in merito alla progettazione, docenza, didattica, organizzazione, soddisfazione complessiva. Queste tipologie di indicatori sono implementate mediante rendicontazioni periodiche registrate in appositi sistemi informatici (file e applicativi).

- **indicatori di outcome/impatto** – Per specifici eventi formativi, che rispecchiano particolari caratteristiche (es: filoni di attività particolarmente strategiche; adesione a obiettivi aziendali), viene valutata la ricaduta organizzativa, finalizzata a misurare l'efficacia della formazione, anche per porre in essere azioni correttive, riesaminare l'evento formativo, migliorare i contenuti e le metodologie. Per l'annualità oggetto del seguente PIAO, si intende inoltre implementare un sistema di valutazione di impatto ancora più completo, che miri a evidenziare lo sviluppo delle conoscenze a livello individuale o di gruppo, e il superamento del gap delle competenze tra quelle in entrata e in uscita

FORMAZIONE ACCADEMICA E MISSIONI SCIENTIFICHE

INT è parte del Polo Universitario dell'***Università degli Studi di Milano*** come punto di riferimento in oncologia, ed ospita varie strutture a direzione universitaria:

- s.c. Anatomia Patologica 2 – prof. Giancarlo Pruneri
- s.c. Anestesia e Rianimazione
- s.c. Ematologia - prof. Paolo Corradini (Direttore del Dottorato di ricerca in Ematologia Sperimentale)
- s.c. Oncologica Medica 1 - prof. Filippo de Braud (Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica)
- s.c. Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali dell'Adulto e Tumori Rari – prof. Paolo Giovanni Casali
- s.c. Oncologia Medica 3 Tumori Testa e Collo – prof.ssa Lisa Francesca Linda Licitra

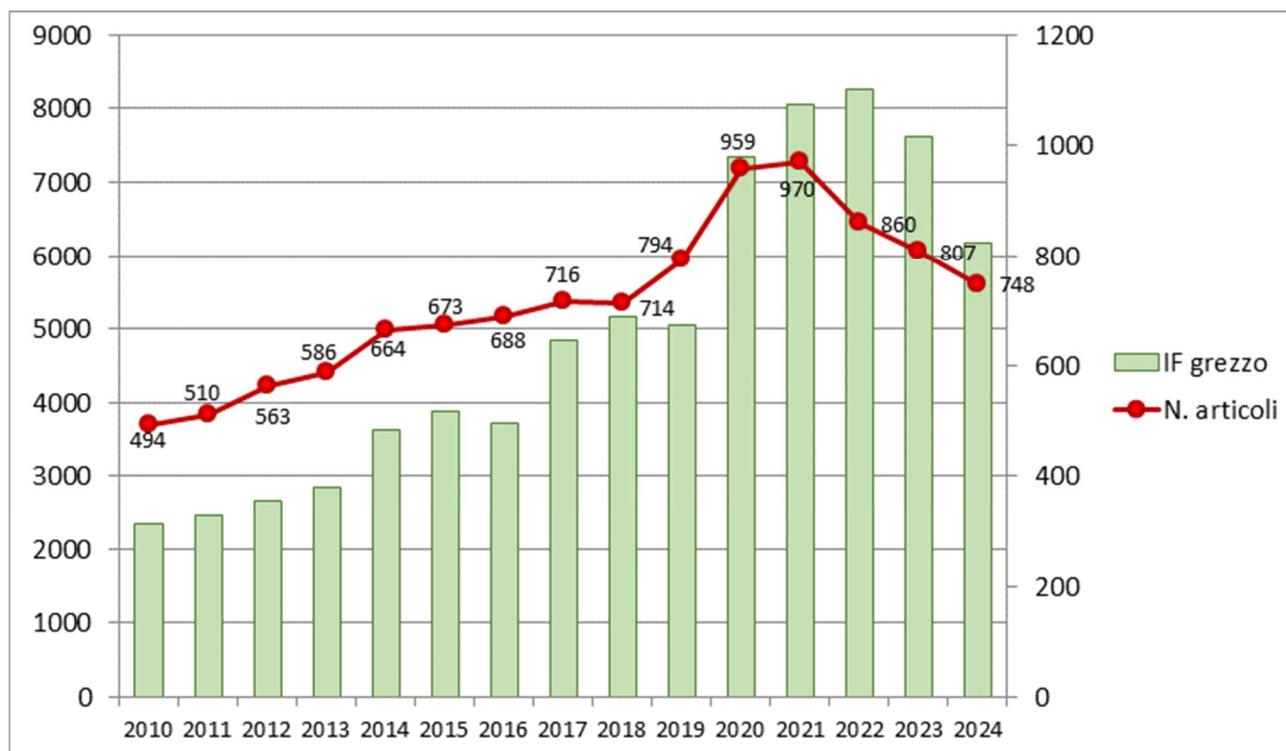


- s.c. Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico 1 (epato-gastro-pancreatico) – prof. Vincenzo Mazzaferro
- s.c. Radioterapia – prof. Andrea Riccardo Filippi
- s.c. Cure palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione – prof. Augusto Caraceni
- s.c. Otorinolaringoiatria – prof. Alberto Deganello
- Corso di laurea triennale in Infermieristica

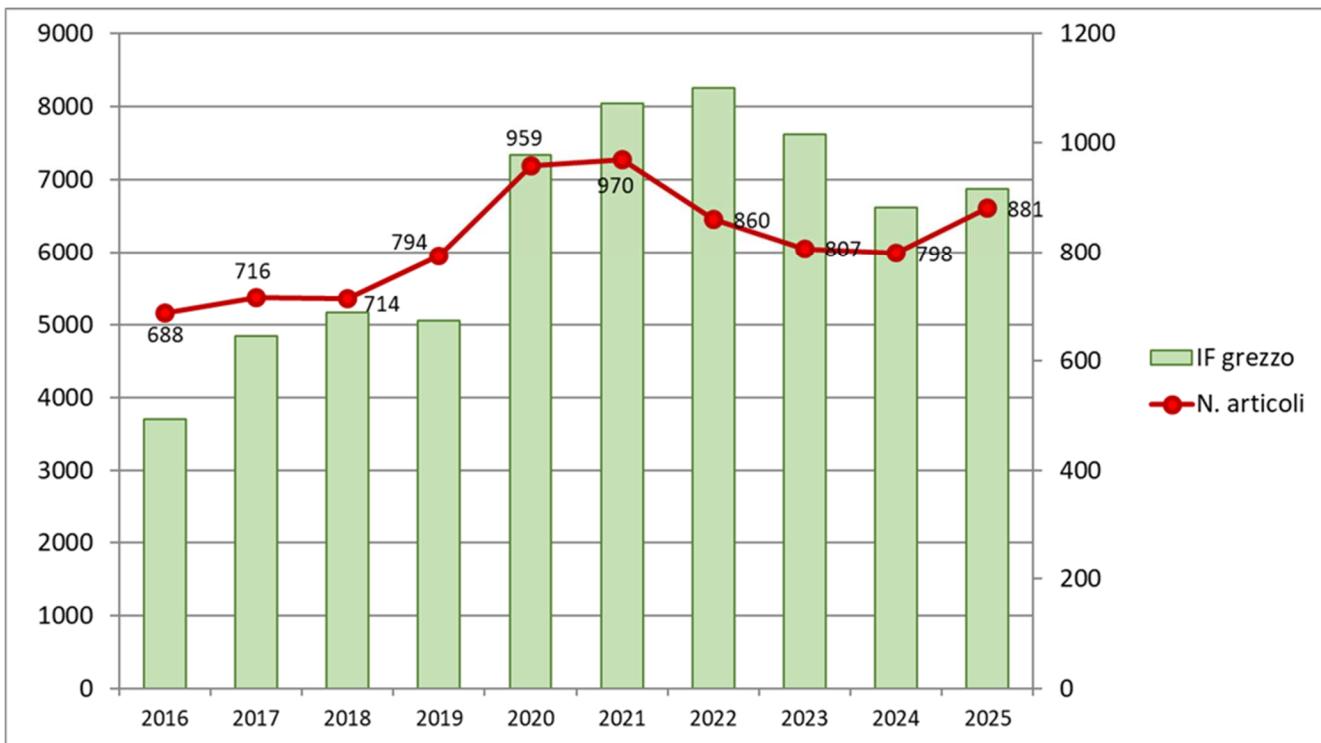
È sede di tirocinio professionalizzante per i Corsi di Laurea e i Master di I e II livello e di frequenze volontarie finalizzate a perfezionare le competenze nelle diverse specialità oncologiche. In particolare nell'anno 2024 si registrano complessivamente 346 specializzandi, oltre 200 studenti iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, presenti per varie forme di tirocini, 110 tirocinanti universitari delle professioni sanitarie e 119 del Corso di laurea in Infermieristica, 161 frequentatori volontari (di cui 97 italiani, 23 di altri paesi EU e 41 Extra EU), 84 studenti USA e 2 manager del progetto "THE ATLANTIS FELLOWSHIP".

INT è sede del Dottorato di ricerca *PhD Programme* sotto l'egida della Open University (UK). Il programma è rivolto a laureati in Biotecnologie, Scienze Biologiche, Medicina e Chirurgia, Chimica e Tecnologia Farmaceutiche che intendono intraprendere la carriera di ricercatore in campo oncologico.

PRODUTTIVITÀ SCIENTIFICA



Nel 2025, l'attività di ricerca dell'INT ha portato alla pubblicazione di 881 articoli con un IF grezzo totale di 6.876,40. Sono stati condotti 487 studi sperimentali, tra cui 422 studi clinici farmacologici, offrendo ai pazienti le migliori cure disponibili e l'accesso a farmaci e tecnologie sanitarie innovative. Inoltre, i ricercatori preclinici e clinici dell'INT sono impegnati in 443 studi osservazionali e 142 progetti finanziati, 50 dei quali sono sostenuti da agenzie di finanziamento internazionali. Si precisa che i dati numerici relativi al 2025 sono preliminari.



3.4 Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo. Nello specifico, le Azioni positive identificate al suo interno costituiscono misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati dall'Istituto è fondamentale sensibilizzare tutti gli organi interessati promuovendo la collaborazione tra gruppi di lavoro Comitati e Organi istituzionali, già presenti in Fondazione. Di seguito se ne riportano alcuni.

L'organismo paritetico per l'innovazione(OPI) realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.

L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

L'OPI è stato costituito sia per l'area del comparto sia per le aree dirigenziali, in ottemperanza alle disposizioni dei relativi CCNL. In questo momento sono in corso di aggiornamento i decreti di costituzione.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Inoltre l'adozione del “Gender Equality Plan”, pubblicato sul sito al link <https://www.istitutotumori.mi.it/gender-equality-plan1>, conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari.

Di seguito si descrivono alcune azioni che sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2025- 2027:

Macro area	Azioni	2026	2027	2028
Tutela della Salute, Prevenzione e Benessere lavorativo	Documento stress lavoro correlato (SLC)	Aggiornamento	Aggiornamento/ implementazione proposte	Mantenimento
	Codice di Condotta per la tutela della dignità donne uomini sul lavoro e per la prevenzione delle molestie, delle discriminazioni e del mobbing	Attuazione	Attuazione	Attuazione
	Promozione di attività ludico - ricreative e sportive	Si	Si	Si
	Sportello informativo e di ascolto per il disagio psicosociale lavoro-correlato	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Gestione evento avverso: supporto psicologico agli operatori	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Gruppo di lavoro “Clima organizzativo e atti di violenza”	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

Macro area	Azioni	2026	2027	2028
Attività di formazione e informazione	Creazione di una bacheca virtuale con i benefit e le Azioni Positive a favore dei dipendenti all'interno del Portale del dipendente	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Eventi formativi dedicati al benessere	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Promozione del benessere organizzativo	Eventi formativi dedicati	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Organizzazione di un video di accoglienza e di presentazione per il nuovo personale in ingresso	Attuazione	Mantenimento	Mantenimento
	Implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, ecc.)	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Focus Group per esplorare percezioni/ esigenze/disagio emotivo degli operatori in relazione nell'ambito lavorativo	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	Promozione del lavoro agile	2026 Aggiornamento e riadozione Regolamento, previo confronto con le OO.SS. PTA sui criteri generali di individuazione delle attività, nonché criteri di priorità per l'accesso	2027 Attuazione	2028 Miglioramento
	Piano degli spostamenti casa-lavoro	Predisposizione	Attuazione	Attuazione
	Azioni per offrire soluzioni abitative al personale dipendente	Attivazione	Mantenimento	Mantenimento

	Convenzioni mezzi di trasporto per i dipendenti	Si	Si	Si
	Installazione locker Amazon	Si	Si	Si
	Collaborazione con il Circolo Ricreativo Aziendale per attivazione iniziative sia interne che esterne alla Fondazione (convenzioni, corsi per promuovere l'attività fisica ecc.)	Si	Si	Si

3.5 Organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il “lavoro agile” come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: “modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione.

Si riportano di seguito le azioni previste dall’INT nel triennio 2025-2027.

Topic	Obiettivo 2026	Obiettivo 2027	Obiettivo 2028
Regolamento in materia di Lavoro Agile	Aggiornamento e riadozione del Regolamento, previo confronto con le OO.SS PTA	Attuazione	Analisi dell’attività Mantenimento
Help desk informatico dedicato al lavoro agile	Richiesta attivazione	Attuazione	Mantenimento
Personale che ricorre allo smart working	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Accordo integrativo individuale	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Verifica e valutazione dell’attività svolta	Si	Mantenimento	Mantenimento



Sezione 4: Monitoraggio

4.1 I sistemi di monitoraggio e verifica

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti è svolto dai competenti uffici dell'INT, ed in particolare:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Direzione Strategica e s.s. Controllo di Gestione
2. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
3. Organizzazione del capitale umano – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
4. Soddisfazione utenti – SC Qualità e Risk Management, URP.

Il monitoraggio del valore pubblico e della performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

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

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

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

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

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni **indicatori** allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.
- Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso l'INT recepisce:
- le disposizioni di legge, come da D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV *"Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde"*;
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida (*"Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance"*);
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2023-2025 e con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

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



Al fine di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi di performance e degli obiettivi aziendali, la Fondazione prevede l'esistenza di un **sistema dei controlli interni**, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. La massima funzionalità di tale sistema viene garantita dall'attivazione di funzioni che permettono di classificare i controlli in **quattro aree**:

1) Area della gestione:

Il Controllo di gestione e la Gestione Operativa, che assistono la Direzione Strategica verificando l'economicità e la sostenibilità della gestione delle risorse.

2) Area della qualità:

La Qualità aziendale e il Risk Management, al fine del controllo della qualità e il grado di rischio delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorarne la loro efficacia

3) Area dei processi:

L'Internal Auditing, che svolge un'attività indipendente e obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della Fondazione.

4) Area dell'amministrazione:

- a) controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- b) procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- c) controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- d) verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- e) controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- f) controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria;
- g) controllo atti;
- h) tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Strategica.

I) Il monitoraggio la verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali è demandata al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

Il NVP monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi; valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali; garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché dell'utilizzo dei premi; propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi.

Il Nucleo è inoltre responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa.



Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e di apportare modifiche in caso di non conformità.

Anticorruzione

I Responsabili delle misure di prevenzione presenti nei PTPCT effettuano un costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure specifiche di loro competenza, riferendo di norma trimestralmente, con una nota al RPCT, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

Il RPCT effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi, richiedendo ai Dirigenti coinvolti di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse attraverso la compilazione, per ciascuna misura, di tutti i campi corrispondenti alla scheda "Monitoraggio del processo", corredata della eventuale documentazione di supporto.

Il RPCT effettua inoltre un controllo programmato di secondo livello sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite *audit*. La priorità viene data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.

Trasparenza

Al fine di assicurare un efficace sistema di monitoraggio dell'attuazione degli adempimenti di trasparenza i Responsabili delle strutture competenti alla predisposizione/raccolta di dati, individuati nell'allegato n. 2 al presente Piano, predispongono ed inoltrano al RPCT rendicontazioni trimestrali sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi.

Di tale attività di aggiornamento è data informazione costante al RPCT, che svolge il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti previsti dal piano alle scadenze indicate nella tabella "Allegato n. 2" con cadenza periodica.

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, spetta agli Organismi Indipendenti di Valutazione il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte delle amministrazioni e degli enti.

Le attestazioni di tali organismi costituiscono uno dei principali strumenti di cui si avvale l'ANAC per verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente. Tale verifica viene svolta dall'Autorità nell'esercizio dei poteri di vigilanza e controllo in materia di trasparenza, ai sensi della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e successive modificazioni.

L'organismo di valutazione della Fondazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), in ottemperanza a quanto sopra, ha rilasciato le proprie attestazioni, relativamente agli obblighi di pubblicazione per gli anni dal 2013 ad oggi. Come da previsione normativa, le stesse attestazioni sono pubblicate sul sito web, sezione "Amministrazione trasparente" alla pagina: <https://www.istitutotumori.mi.it/attestazioni-del-nucleo-di-valutazione>.

Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

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

- **monitoraggio mensile** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse Umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle cessazioni



a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;

- **strutturazione di specifiche progettualità** finalizzate a migliorare l'erogazione dei servizi e l'iter diagnostico terapeutico, con assunzioni di personale autorizzato da Regione Lombardia oltre il limite della dotazione organica della precedente annualità, nel rispetto del budget per la spesa del personale, con periodicità legata al PTFP e possibilità di sviluppo pluriennale;
- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, del D.Lgs. n. 165/2001;
- **acquisizione ricercatori/collaboratori di ricerca** con incarichi ai sensi dell'art. 15 octies del Dlgs n. 502/1992 nell'ambito dei progetti PNRR, dei progetti di ricerca finanzierati dalla Commissione Europea e di tutti i progetti finanziati attraverso bandi competitivi per i quali l'ente finanziatore richieda necessariamente l'attivazione di contratti di lavoro dipendente;
- **assegnazione di borse di studio**, con apposite sedute a cadenza mensile, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso;
- **adozione di un sistema di valutazione individuale** legato al ciclo della performance (schede di budget, ad oggi verificate dal nucleo di valutazione trimestralmente);
- **sviluppo di percorsi di carriera** della Dirigenza mediante la mappatura di competenze e conoscenze acquisite, in relazione al potenziale di crescita professionale e per l'eventuale assegnazione di incarichi superiori.



Contesto normativo

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Istituto rientra in un contesto normativo sia nazionale, relativo alle direttive ministeriali, sia regionale con la legge di riforma del servizio sanitario regionale lombardo.

La normativa nazionale di riferimento in base alla quale è stato redatto il presente PIAO è la seguente:

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs 150/2009 e successive modifiche, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità;
- D.Lgs 190/2012 e successive modifiche, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.Lgs 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;
- D.Lgs 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd “decreto Rilancio”) convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia;
- D.M. 24 giugno 2022;
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione.