

REPORT DI SOSTENIBILITÀ

2025

Fondazione Don Carlo Gnocchi

REPORT DI SOSTENIBILITÀ 2025

Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS

Immagine di copertina tratta dall'account Flickr di Fondazione Don Gnocchi (licenza CC BY-NC-SA 2.0).

Contenuti

LETTERA AGLI STAKEHOLDER **IV**

1. LA NOSTRA SCELTA DI SOSTENIBILITÀ: LA METODOLOGIA ADOTTATA **1**

1.1 L'approccio della Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS 2

2. LA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ETS **4**

2.1 La nostra storia: il nostro Fondatore 4
2.2 La nostra missione e i nostri valori 6
2.3 L'attività clinica e socio-assistenziale di FDG nel biennio 2024-2025 8

3. L'ANALISI DI MATERIALITÀ **11**

3.1 Il percorso di definizione dei temi materiali 11
3.2 L'individuazione dei temi materiali e la doppia materialità 12

4. LA STRATEGIA 2026–30: ANALISI IMPATTI-RISCHI-OPPORTUNITÀ (IRO) **17**

4.1 Ambiente e sostenibilità 18
4.2 Ricerca e innovazione 24
4.3 Qualità e sicurezza delle cure 31
4.4 Due diligence 36

5. LA RENDICONTAZIONE VSME **38**

5.1 Informativa generale 38
5.2 Metriche ambientali 48
5.3 Metriche sociali 57
5.4 Metriche di governance 63

APPENDICE A. ANALISI SWOT **65**

APPENDICE B. RIFERIMENTI ESTERNI **71**

APPENDICE C. STANDARD ESRS – INDICE DEI CONTENUTI **72**

Indice delle tabelle

Tabella 1. attività di ricovero e residenziale di fondazione Don Carlo Gnocchi anni 2024-2025. 9
Tabella 2. attività ambulatoriale di fondazione Don Carlo Gnocchi anni 2024-2025. 10
Tabella 3. Temi materiali e obiettivi della strategia di sostenibilità 2026-2030. 18
Tabella 4. Analisi IRO: consumi energetici ed emissioni di gas serra. 19
Tabella 5. Strategia 2026-30 per obiettivo I. 20
Tabella 6. Strategia 2026-30 per obiettivo II. 21
Tabella 7. Strategia 2026-30 per obiettivo III. 21
Tabella 8. Analisi IRO – Gestione e riciclo dei rifiuti. 22
Tabella 9. Strategia 2026-30 per obiettivo IV. 23
Tabella 10. Strategia 2026-30 per obiettivo V. 24
Tabella 11. Analisi IRO – Consolidamento del ruolo di polo di riferimento in ambito scientifico. 26
Tabella 12. Strategia 2026-30 per obiettivo VI. 27
Tabella 13. Analisi IRO – la sostenibilità della ricerca in Fondazione Don Carlo Gnocchi. 29
Tabella 14. Strategia 2026-30 per obiettivo VII. 29
Tabella 15. Strategia 2026-30 per obiettivo VIII. 30
Tabella 16. Strategia 2026-30 per obiettivo IX. 30
Tabella 17. Analisi IRO per rischio clinico in FDG. 34
Tabella 18. Strategia 2026-30 per obiettivo X. 34
Tabella 19. Analisi IRO per Appropriatezza e sicurezza terapeutica nelle RSA. 35
Tabella 20. Strategia 2026-30 per obiettivo XI. 36
Tabella 21. Mappatura della Due Diligence nei temi materiali di Fondazione Don Carlo Gnocchi. 36
Tabella 22. Elenco delle sedi di FDG. 40
Tabella 23. Presenza di pratiche, politiche e future iniziative nel biennio 2024-25 (78). 46
Tabella 24. Breve descrizione pratiche, politiche e future iniziative per 2024-25 (213). 47
Tabella 25. Totale consumo di energia (29). 49
Tabella 26. Analisi fonti energetiche per tipologia struttura. 50
Tabella 27. emissioni lorde GHG scope 1 e 2 (30). 51
Tabella 28. Intensità emissiva (31). 51
Tabella 29. Il patrimonio verde della Fondazione Don Carlo Gnocchi. 54
Tabella 30. Produzione totale annua di rifiuti (38.a; 38.b). 56
Tabella 31. Forza lavoro dipendente per tipo di contratto di lavoro (177). 58
Tabella 32. Forza lavoro dipendente per genere (178). 58
Tabella 33. Forza lavoro dipendente per genere e categoria professionale. 59
Tabella 34. Forza lavoro autonoma per genere e categoria professionale nel 2024. 60
Tabella 35. Forza lavoro autonoma per genere e categoria professionale nel 2025. 60
Tabella 36. Tasso di turnover della forza lavoro (182). 60
Tabella 37. Infortuni nella forza lavoro propria. 61
Tabella 38. Divario retributivo tra dipendenti uomini e donne (195). 61
Tabella 39. Formazione dei dipendenti. 62
Tabella 40. Sintesi analisi SWOT per i temi di *governance*. 66
Tabella 41. Sintesi analisi SWOT per i temi ambientali. 67
Tabella 42. Sintesi analisi SWOT per i lavoratori. 68
Tabella 43. Sintesi analisi SWOT per la comunità. 69
Tabella 44. Sintesi analisi SWOT per pazienti. 70

Indice delle figure

FIGURA 1. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA DOPPIA MATERIALITÀ DELLA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI. 14
FIGURA 2. LOCALIZZAZIONE DELLE SEDI DELLA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI. 39
FIGURA 3. STRESS IDRICO. 55

Lettera agli stakeholder

Care lettrici e cari lettori,

cari pazienti, familiari, professionisti, fornitori, istituzioni, comunità locali, sostenitori e benefattori e persone che ogni giorno entrate in contatto con Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS, è con grande senso di gioia e responsabilità che presentiamo il nostro primo Report di Sostenibilità. Con questo documento la Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS intende raccontare in modo innovativo e con trasparenza il proprio impegno e i risultati conseguiti in ambito sanitario, scientifico e assistenziale e il loro impatto a livello sociale e ambientale.

Il nostro futuro si orienta sempre di più a essere vicino ai pazienti e alle loro famiglie, garantendo cure e assistenza attente ai bisogni reali, alla qualità, alla tempestività e all'accessibilità. Puntiamo a integrare evidenze scientifiche, innovazione tecnologica e organizzativa e una ricerca traslazionale capace di trasformarsi in risposte concrete alle fragilità attuali ed emergenti delle persone.

Siamo consapevoli che una sanità sostenibile non può prescindere dall'efficienza dei processi: per questo lavoriamo con crescente attenzione alle modalità d'impiego delle risorse umane e materiali, ai consumi energetici, all'economia circolare e alla gestione dei rifiuti, adottando una visione che coinvolge l'intera catena del valore, dai fornitori fino agli utenti dei nostri servizi.

La crescita sociale passa anche dal prendersi cura di chi lavora con noi: il benessere, la salute e la crescita professionale dei nostri collaboratori sono parte integrante della missione, perché solo valorizzando le persone possiamo rafforzare la qualità dell'assistenza.

Infine, grazie alla presenza diffusa sul territorio nazionale, vogliamo consolidare l'identità della Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS nelle diverse regioni italiane, sviluppando un legame sempre più forte con le comunità locali. La collaborazione con i nostri stakeholder sarà la leva decisiva per affrontare le sfide future e raggiungere obiettivi comuni e condivisi.

Ringraziamo quanti ogni giorno contribuiscono alla realizzazione della nostra missione: professionisti, volontari, pazienti e famiglie. Insieme possiamo costruire una sanità più equa, innovativa e sostenibile: accanto alla vita sempre.

Con stima,

Vincenzo Barbante

Presidente

Francesco Converti

Direttore Generale

1. La nostra scelta di sostenibilità: la metodologia adottata

Il Report di sostenibilità è lo strumento attraverso cui un'organizzazione rendiconta i propri impatti ambientali, sociali e di governance, fornendo agli stakeholder informazioni utili per valutare in modo più trasparente e affidabile il proprio percorso di sostenibilità.

A livello europeo, un primo quadro normativo era già stato introdotto con la *Non Financial Reporting Directive* (NFRD), rivolta principalmente alle grandi imprese di interesse pubblico. Il passaggio più rilevante è però rappresentato dalla *Corporate Sustainability Reporting Directive* (CSRD), pubblicata nel 2022, che ha rafforzato gli obblighi di rendicontazione e introdotto un modello più strutturato, comparabile e verificabile.

Per rendere applicabile questo nuovo quadro, la Commissione Europea ha affidato all'*European Financial Reporting Advisory Group* (EFRAG) lo sviluppo degli *European Sustainability Reporting Standards* (ESRS), gli standard tecnici che definiscono cosa e come le imprese devono rendicontare e con quali modalità. Il principio centrale della CSRD è la doppia materialità: da un lato gli impatti generati dall'organizzazione su persone e ambiente (*inside-out*), dall'altro i rischi e le opportunità che i fattori ESG possono produrre sull'organizzazione stessa (*outside-in*).

Da questa analisi derivano gli Impatti, Rischi e Opportunità, gli "IRO", che rappresentano i temi materiali da rendicontare.

La prima applicazione degli ESRS ha tuttavia evidenziato significative difficoltà operative, legate alla numerosità dei dati richiesti, alla complessità dell'analisi di doppia materialità, alla raccolta delle informazioni lungo la catena del valore e ai costi di consulenza e *Assurance*.

Per questo motivo, l'Unione Europea è intervenuta con misure di semplificazione, tra cui lo *Stop-the-clock*, finalizzate a rinviare parte degli obblighi e a rendere il sistema CSRD/ESRS più proporzionato e applicabile.

In questo contesto si inseriscono sia la proposta di ESRS semplificati, con una riduzione significativa dei data point obbligatori, sia il *Voluntary Sustainability Reporting Standard for non-listed SMEs* (VSME), lo standard volontario pensato per aiutare le piccole e medie imprese non quotate a comunicare informazioni ESG in modo più semplice, soprattutto nei rapporti con banche, clienti e grandi imprese della catena del valore.

Dalla lettura congiunta dell'evoluzione della CSRD e del VSME emerge oggi un'esigenza chiara: definire strumenti adatti anche per quelle organizzazioni che non rientrano pienamente tra le PMI, ma che non sono necessariamente soggette agli obblighi CSRD completi.

Questa cosa è ben presente sia alla Commissione Europea che ad EFRAG, ed infatti al momento sono in corso delle call aperte per valutare la proposta di adozione di un VSME rafforzato, evoluto, proprio per questa area di interesse ed è proprio in questa area intermedia che si colloca la scelta metodologica della Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS.

1.1 L'approccio della Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS

Alla luce di questo quadro normativo in evoluzione, **la Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS (da ora in avanti "FDG" o solo "Fondazione")** ha ritenuto opportuno non rinviare l'avvio del proprio percorso di sostenibilità. Pur collocandosi in un'area intermedia rispetto ai nuovi perimetri regolatori — non assimilabile a una PMI, ma non necessariamente ricompresa tra le imprese di maggiori dimensioni soggette agli obblighi CSRD completi — la Fondazione ha scelto di adottare un approccio volontario, proporzionato e al tempo stesso strutturato.

La metodologia adottata combina due livelli di analisi. Da un lato, il VSME costituisce la base informativa di riferimento, in quanto standard volontario semplificato, orientato alla raccolta di dati ESG chiari, affidabili e comparabili. Dall'altro lato, la Fondazione ha ritenuto necessario integrare tale base con un approccio ispirato agli ESRS semplificati, al fine di valorizzare la propria complessità organizzativa, territoriale e settoriale. *(In coerenza con il principio della CSRD, di semplicità e di trasparenza della descrizione del proprio Report, sono utilizzati, nel presente documento, dei richiami alle informative obbligatorie. Nel VSME ogni informativa è preceduta da un numero che fa riferimento al paragrafo della norma specifica. Per la parte orientata alla CSRD, le varie disclosure sono precedute o seguite dal tipo di standard ESRS interessato, versione 2025 semplificata. Nella versione elettronica ogni richiamo è linkato alla relativa disclosure in forma estesa)*.

Questa scelta risponde alla specificità della Fondazione, caratterizzata da una rete articolata di presidi sanitari e socioassistenziali, dalla presenza di due IRCCS e da una vocazione alla ricerca traslazionale. Tale complessità comporta una pluralità di impatti, rischi e opportunità, sia positivi sia negativi, sia attuali sia potenziali, che richiedono di essere identificati, analizzati e progressivamente gestiti.

Per questo motivo, il presente documento adotta una impostazione "CSRD-like": a partire dall'analisi di doppia materialità, vengono individuati e rappresentati gli Impatti, i Rischi e le Opportunità rilevanti per la Fondazione, con un orizzonte temporale di osservazione di cinque anni, coerente con il piano strategico aziendale.

A tale analisi si affianca poi la rendicontazione secondo il VSME, che costituisce una base informativa solida e coerente con l'evoluzione attesa degli strumenti volontari di sostenibilità destinati alle imprese non PMI e agli enti non pienamente soggetti alla CSRD

Le principali fonti e riferimenti per la redazione del Report di sostenibilità sono:

- la Direttiva (UE) 2022/2464 "CSRD" e *European Sustainability Reporting Standards* (ESRS) adottati il 31/07/2023 – Quadro normativo UE sulla rendicontazione di sostenibilità per le imprese.
- lo standard "VSME" (*Voluntary Sustainability Reporting Standard for SMEs*) sviluppato da EFRAG (30/07/2025), previsto dal documento completo e raccomandazione della Commissione Europea ad adottarlo per le PMI non soggette a CSRD.
- La guida EFRAG "*IG 1: Materiality Assessment*" (31/05/2024) per l'implementazione della doppia materialità secondo ESRS, con definizioni e processo step-by-step.
- La guida EFRAG "*IG 3: List of ESRS Data Points*" (31/05/2024) con l'elenco dettagliato dei *datapoint* richiesti dagli ESRS, utile per selezionare KPI aggiuntivi pertinenti.

- Le linee guida EFRAG per PMI (12/2025), come le "*Supporting Guides*" su pratiche sostenibili, piani climatici, diritti umani.
- I "*Draft Simplified ESRS*" elaborati da EFRAG (30/11/2025) a seguito del mandato ricevuto dalla Commissione Europea il 27 marzo 2025 e forniti come Consulenza Tecnica alla Commissione Europea il 30 novembre 2025. Si ricorda che la Commissione Europea svolgerà un proprio processo di adozione e si prevede che adotterà gli standard semplificati al massimo sei mesi dopo l'entrata in vigore delle disposizioni legislative Omnibus. Una volta adottato il *Simplified ESRS* sostituirà gli ESRS 2023.

2. La Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS

2.1 La nostra storia: il nostro Fondatore

Don Carlo Gnocchi

Carlo Gnocchi, terzogenito di **Enrico Gnocchi**, marmista, e **Clementina Pasta**, sarta, nasce a **San Colombano al Lambro**, presso Lodi, il **25 ottobre 1902**. Rimasto orfano del padre all'età di cinque anni, si trasferisce a **Milano** con la madre e i due fratelli, **Mario** e **Andrea**, che di lì a poco moriranno di tubercolosi.

Seminarista alla scuola del cardinale **Andrea Ferrari**, nel 1925 viene ordinato sacerdote dall'Arcivescovo di Milano, **Eugenio Tosi**. Celebra la sua prima Messa il 6 giugno a **Montesiro**, il paesino della Brianza dove viveva la zia, dove tornava spesso nei periodi di vacanza e dove, fin da piccolo, aveva trascorso lunghi periodi di convalescenza per una salute spesso precaria.

Il primo impegno apostolico del giovane don Carlo è quello di assistente d'oratorio: prima a **Cernusco sul Naviglio** e poi, dopo solo un anno, nella popolosa parrocchia di **San Pietro in Sala, a Milano**. Raccoglie stima, consensi e affetto tra la gente.

Presto la fama delle sue doti di ottimo educatore giunge fino in Arcivescovado: nel 1936 il cardinale **Ildefonso Schuster** lo nomina **direttore spirituale** di una delle scuole più prestigiose di Milano: **l'Istituto Gonzaga dei Fratelli delle Scuole Cristiane**.

In questo periodo studia intensamente e scrive brevi saggi di pedagogia.

Sul finire degli anni Trenta, lo stesso cardinale Schuster gli affida l'incarico dell'**assistenza spirituale degli universitari della Seconda Legione di Milano**, comprendente in buona parte studenti dell'**Università Cattolica** e molti ex allievi del **Gonzaga**.

Nel 1940 l'Italia entra in guerra e molti giovani studenti vengono chiamati al fronte. Don Carlo, coerente alla tensione educativa che lo vuole sempre presente con i suoi giovani anche nel pericolo, si arruola come cappellano volontario nel **battaglione "Val Tagliamento"** degli alpini, destinazione il fronte greco-albanese.

Terminata la campagna nei Balcani, dopo un breve intervallo a Milano, nel '42 don Carlo riparte per il fronte, questa volta in **Russia**, con gli **alpini della Tridentina**. Nel gennaio del '43 inizia la drammatica ritirata del contingente italiano: don Carlo, caduto stremato ai margini della pista dove passava la fiumana dei soldati, **viene miracolosamente raccolto su una slitta e salvato.**

È proprio in questa tragica esperienza che, assistendo gli alpini feriti e morenti e raccogliendone le ultime volontà, matura in lui l'idea di realizzare una grande opera di carità che troverà compimento, dopo la guerra, nella **Fondazione Pro Juventute**.

Ritornato in Italia nel 1943, don Carlo inizia il suo pietoso pellegrinaggio, attraverso le vallate alpine, alla ricerca dei familiari dei caduti per dare loro un conforto morale e materiale.

In questo stesso periodo aiuta molti **partigiani** e politici a fuggire in Svizzera, rischiando in prima persona la vita: viene **arrestato dalle SS** con la grave accusa di spionaggio e di attività contro il regime. È liberato grazie all'intervento del cardinale Schuster.

A partire dal 1945 comincia a prendere forma concreta quel progetto di aiuto ai sofferenti appena abbozzato negli anni della guerra: Don Carlo viene nominato **direttore dell'Istituto Grandi Invalidi di Arosio** (Co), dove accoglie i primi orfani di guerra e bambini mutilati. Inizia così l'opera che lo porterà a guadagnare sul campo il titolo più meritorio di **"padre dei mutilatini"**.

Ben presto la struttura di Arosio si rivelerà insufficiente ad accogliere i piccoli ospiti, le cui richieste di ammissione arrivano da tutta Italia; ma, quando la necessità si fa impellente, ecco intervenire la Provvidenza. Nel 1947, gli viene concessa in affitto, a una cifra simbolica, una grande casa a **Cassano Magnago**, nel varesotto.

Nel 1949 l'Opera di Don Gnocchi ottiene un primo riconoscimento ufficiale: la **"Federazione Pro Infanzia Mutilata"**, da lui fondata l'anno prima per meglio coordinare gli interventi assistenziali nei confronti delle piccole vittime della guerra, viene riconosciuta ufficialmente con decreto del Presidente della Repubblica.

Nello stesso anno, il capo del Governo, Alcide De Gasperi, promuove Don Gnocchi consulente della presidenza del Consiglio per il problema dei mutilatini di guerra.

Da questo momento uno dopo l'altro, aprono nuovi collegi: **Parma** (1949), **Pessano con Bornago** (1949), **Torino** (1950), **Inverigo** (1950), **Roma** (1950), **Salerno** (1950), **Pozzolatico** (1951).

Don Carlo concepisce i propri collegi in maniera nuova: non puri e semplici ricoveri, ma **luoghi tesi a favorire la maturazione affettiva e intellettuale dei ragazzi**, con cure mediche e chirurgiche, istruzione scolastica e formazione professionale. Il tutto in anni nei quali la medicina riabilitativa doveva ancora compiere i primi passi.

Don Gnocchi stimola e ottiene l'appoggio delle massime istituzioni, ecclesiali e civili: memorabili gli incontri con **Papa Pio XII**, con i presidenti della Repubblica **Einaudi** e **Gronchi** e con le massime cariche dello Stato. Chiede aiuto al mondo del cinema e dello sport, coinvolge i mezzi di informazione e l'opinione pubblica con iniziative clamorose e straordinarie: nel 1948 un piccolo monomotore, l'"Angelo di bimbi", vola da Milano a Buenos Aires e l'anno successivo una spedizione scout, in sella a mitici Guzzini, attraversa l'Europa e raggiunge Capo Nord per sostenere l'opera di Don Carlo.

Nel 1951 la Federazione Pro Infanzia Mutilata viene sciolta e tutti i beni e le attività vengono attribuiti al nuovo soggetto giuridico creato da don Gnocchi: la **Fondazione Pro Juventute**, riconosciuta con decreto del Presidente della Repubblica l'**11 febbraio 1952**.

Nel 1955 don Carlo lancia la sua ultima grande sfida: costruire un **moderno Centro** che costituisca la sintesi della sua metodologia riabilitativa. Nel settembre dello stesso anno, alla presenza del Capo dello Stato, **Giovanni Gronchi**, viene posata la prima pietra della **nuova struttura, nei pressi dello stadio di San Siro, a Milano.**

Don Carlo, minato da una malattia incurabile, non riuscirà però a vedere completata l'opera nella quale aveva investito le maggiori energie: muore il **28 febbraio 1956** alla clinica Columbus di Milano, dove era stato ricoverato per una grave forma di tumore.

I funerali - quattro alpini a sorreggere la bara, altri a portare sulle spalle i piccoli mutilatini in lacrime, **centomila persone a gremire il Duomo e la piazza** e l'intera città di Milano listata a lutto - sono celebrati in Duomo dall'arcivescovo Montini, il futuro Papa Paolo VI. Le cronache ricordano che correva per la cattedrale una specie di parola d'ordine: «*Era un santo, è morto un santo*». Durante il rito, è portato al microfono un bambino: «*Prima ti dicevo: ciao don Carlo. Adesso ti dico: ciao, San Carlo*». L'ultimo gesto profetico di don Gnocchi è la **donazione delle cornee** a due ragazzi non vedenti - **Silvio Colagrande** e **Amabile Battistello** - quando in Italia il trapianto di organi non era ancora disciplinato dalla legge.

Trent'anni dopo la morte di don Gnocchi, il cardinale **Carlo Maria Martini**, arcivescovo di Milano, ha avviato il **processo di canonizzazione** che in sede diocesana si è concluso nel 1991.

Nel dicembre del 2002 **Papa Giovanni Paolo II**, riconoscendone l'eroicità delle virtù, ha proclamato don Carlo **Venerabile**.

Nell'inverno del 2004, è stata completata l'istruttoria supplementare diocesana, chiusa solennemente dal cardinale **Dionigi Tettamanzi**, per l'analisi di un **presunto evento miracoloso** segnalato alla segreteria della Postulazione della Causa. Nel gennaio del 2009 **Papa Benedetto XVI** ha firmato il decreto che attribuisce a don Gnocchi il miracolo che ha visto protagonista **Sperandio Aldeni**, artigiano elettricista e alpino bergamasco, incredibilmente sopravvissuto a una mortale scarica elettrica.

Era l'ultimo passo, il più atteso, che ha ufficialmente sancito la **beatificazione** di don Gnocchi, celebrata a Milano, in piazza Duomo, **domenica 25 ottobre 2009**, alla presenza di oltre **50 mila fedeli**.

Il **25 ottobre** - data di nascita - è anche il giorno della **memoria liturgica** del beato Don Carlo Gnocchi.

L'anno successivo alla beatificazione, è stata solennemente consacrata dal cardinale Tettamanzi la nuova chiesa intitolata a don Carlo, realizzata dalla Fondazione accanto al Centro IRCCS "S. Maria Nascente" di Milano. Chiesa che l'arcivescovo **Angelo Scola** ha poi eretto a **santuario diocesano**: qui le spoglie mortali del beato don Gnocchi, per mezzo secolo tumulate nella cappella del Centro, come da suo desiderio testamentario, riposano oggi nell'urna ai piedi dell'altare.

2.2 La nostra missione e i nostri valori

→ *Rif. ESRS_2_SBM_1.*

Fondazione è un Ente del Terzo Settore (ETS) e leader in Italia nella riabilitazione, nella cura e nella ricerca scientifica, riconosciuta IRCCS dal 1991 per il Centro "S. Maria Nascente" di Milano e dal 2000 per il Centro "Don Gnocchi" di Firenze. Fondata nel 1949, opera oggi in ambito sanitario-riabilitativo e sociosanitario con oltre 6.500 operatori e volontari, offrendo prestazioni ambulatoriali e di ricovero in 25 centri e 28 ambulatori, presenti in 9 regioni, con 3.766 posti letto tra ricovero e day-hospital.

L'attività si articola in tre ambiti principali:

- Sanitario-riabilitativo in regime di ricovero residenziale e day-hospital, ambulatoriale e domiciliare.
- Socio-assistenziale attraverso centri diurni integrati, residenze sanitario-assistenziali, interventi domiciliari, ricoveri di sollievo e *hospice*.
- Assistenziale-educativo con centri diurni disabili, residenze sanitarie per disabili, degenze diurne riabilitative e comunità di alloggio sociale.

Grazie a un modello finalizzato alla presa in carico globale del paziente nel suo percorso socio-sanitario, oggi la Fondazione accoglie, cura e assiste:

- Bambini e ragazzi con ogni forma di disabilità, affetti da complesse patologie congenite o acquisite.
- Pazienti di ogni età che necessitano di interventi riabilitativi in ambito neuromotorio e cardiorespiratorio.
- Persone con esiti di traumi, colpite da ictus, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer o altre patologie invalidanti.
- Anziani non autosufficienti, malati oncologici terminali, pazienti con gravi cerebrolesioni o in stato vegetativo prolungato.

La Fondazione promuove da sempre una ricerca traslazionale, integrata con l'innovazione tecnologica e con l'attività clinica, e applicata in modo trasversale a tutti i suoi centri. Grazie ai progressi di tecnologia e robotica, la riabilitazione utilizza trattamenti più personalizzati e misurabili, migliorando l'efficacia dei percorsi di cura. Nel solco della missione di Don Carlo Gnocchi, la Fondazione è oggi un punto di riferimento nazionale e internazionale nella riabilitazione, nella disabilità e nella lungodegenza, ed è attiva anche in progetti di cooperazione internazionale come ONG riconosciuta.

La fedeltà al messaggio del beato Don Gnocchi pervade ogni attività di Fondazione e afferma la centralità della persona, colta nella sua integralità e singolarità. La Carta dei Valori rappresenta una vera e propria bussola identitaria e guida l'azione quotidiana, i cui capisaldi sono:

- Accanto alla vita. Sempre.
- Accoglienza e cura.
- Prossimità e accompagnamento.
- Riabilitazione.
- Centralità e singolarità della persona.
- Sussidiarietà e lavoro in rete.
- Competenza e compassione.
- Ricerca scientifica.

- Solidarietà.
- Solidarietà internazionale.

2.3 L'attività clinica e socio-assistenziale di FDG nel biennio 2024-2025

La Fondazione opera prevalentemente in regime di accreditamento istituzionale con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e Nazionale (SSN) ed opera all'interno di un ecosistema che vede nella sua catena del valore il suo posizionamento a livello intermedio fra tutta una serie di fornitori a monte, quali:

- Il committente pubblico, tramite la continuità delle cure dei pazienti da un ambiente per acuti, quali gli ospedali pubblici, e l'ambiente riabilitativo di Fondazione, o attraverso i servizi socio sanitari delle aziende territoriali pubbliche per l'accesso alle strutture residenziali sociosanitarie o ai centri diurni o agli altri servizi.
- Aziende biomedicali (macchinari).
- Fornitori farmaceutici.
- Società IT sanitarie (cartelle cliniche digitali).
- Università e centri di ricerca.
- Fornitori di servizi (pulizie, mensa, logistica).

In aggiunta a tutti questi attori, sono presenti anche tutta una serie di clienti a valle della catena del valore, quali:

- Pazienti e famiglie.
- Associazionismo.
- Sistema sanitario pubblico (Aziende territoriali, ospedaliere, IRCCS).
- Comunità locali.
- Medicina di famiglia (singoli e associati).
- Università e centri di ricerca.

L'attività clinica e socio-assistenziale offerta da Fondazione è importante, sia per volumi che per copertura nelle più grandi Regioni del nostro Paese. Nelle tabelle successive sono riportati i dati di attività del 2024 e del 2025 per le attività di ricovero e residenziali e per le attività ambulatoriali, divise per tipologia e per centro regionale.

Nella Tabella 1 vengono riportati i volumi e le specifiche attività di ricoveri per centro e per Regione.

Nella Tabella 2 sono riportate tutte le forme di attività ambulatoriali svolte da Fondazione, in particolare: a) ex articolo 26 (extra-ospedaliere) per pazienti cronici; b) specialistiche (inclusa diagnostica per immagini e laboratorio); c) domiciliari ex articolo 26; d) domiciliari ADI (CDOM), cure palliative (CPDOM), RSA aperta; e) ambulatoriali in solvenza.

TABELLA 1. ATTIVITÀ DI RICOVERO E RESIDENZIALE DI FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ANNI 2024-2025.

PRESIDIO	*REGIONE*	*2024*						*2025*					
		Riabilitazione	GCA	Hospice	Day-hospital	Anziani Degenza e diurno	Persone con disabilità Degenza e diurno	Riabilitazione	GCA	Hospice	Day-hospital	Anziani Degenza e diurno	Persone con disabilità Degenza e diurno
SALICE	LOMBARDIA	550	-	-	-	73	43	509	-	-	-	73	43
TORINO	PIEMONTE	322	90	-	-	-	-	324	93	-	-	-	-
PALAZZOLO	LOMBARDIA	1.965 *	-	130	-	1.169	-	1.855 **	-	136	-	1.171	-
FALCONARA	MARCHE	340	24	-	131	-	-	368	33	-	139	-	-
MALNATE	LOMBARDIA	151	-	-	-	426	-	153	-	-	-	488	-
GIROLA	LOMBARDIA	-	-	-	-	434	-	-	-	-	-	363	-
MONZA	LOMBARDIA	-	-	299	-	-	-	-	-	271	-	-	-
ACERENZA	BASILICATA	710	-	-	26	-	-	726	-	-	29	-	-
ROMA PROVVIDENZA	LAZIO	788	-	-	165	74	-	797	-	-	168	79	-
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	CAMPANIA	787	39	-	120	-	-	818	50	-	158	-	-
TRICARICO	BASILICATA	612	-	-	-	91	-	617	-	-	-	80	-
ROVATO	LOMBARDIA	1.173	76	-	-	-	-	1.234	78	-	-	-	-
CAPECELATRO	LOMBARDIA	1.013	220	-	26	-	201	943	182	-	35	-	216
SEREGNO	LOMBARDIA	5	-	-	-	176	-	6	-	-	-	182	-
FIVIZZANO	TOSCANA	444	-	33	-	-	-	415	-	35	-	-	-
VISMARA	LOMBARDIA	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	71
LA SPEZIA	LIGURIA	706	74	-	186	-	-	694	96	-	199	-	-
LEGNANO	LOMBARDIA	-	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	87
INVERIGO	LOMBARDIA	-	-	-	-	-	49	-	-	-	-	-	46
PARMA	EMILIA	1.063	-	-	101	-	-	1.095	-	-	92	-	-
PESSANO	LOMBARDIA	117	-	-	-	122	45	134	-	-	-	152	45
FIRENZE	TOSCANA	1.708	298	-	228	-	-	1.752	244	-	60	-	-
MASSA	TOSCANA	1.609	-	194	-	-	-	1.668	-	224	-	-	-
ROMA PACE	LAZIO	819	-	-	311	-	-	831	-	-	332	-	-
SALERNO	CAMPANIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALI		14.882	821	656	1.294	2.565	491	14.939	776	666	1.212	2.588	508

*Nei ricoveri di riabilitazione del presidio Palazzuolo sono conteggiati anche i ricoveri di medicina e subacuti * nel 2024 rispettivamente 739 e 262 e ** nel 2025 685 e 238*

TABELLA 2. ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ANNI 2024-2025.

PRESIDIO	*REGIONE*	*2024*		*2025*	
		ADULTI	*MINORI*	*ADULTI*	*MINORI*
SALICE	LOMBARDIA	2.284	1.066	1.794	570
TORINO	PIEMONTE	33.207	5.449	31.961	5.745
PALAZZOLO	LOMBARDIA	43.245	406	38.918	1.631
FALCONARA	MARCHE	8.191	4.745	9.057	6.023
MALNATE	LOMBARDIA	3.644	2.584	4.751	3.005
GIROLA	LOMBARDIA	6.558	357	6.861	1.113
COLLE	TOSCANA	2.234	730	2.983	1.133
INVERIGO	LOMBARDIA	5.074	696	5.431	876
MONZA	LOMBARDIA	1.515	-	1.519	93
ACERENZA	BASILICATA	714	79	634	79
ROMA PROVVIDENZA	LAZIO	809	277	1.640	427
TRICARICO	BASILICATA	911	143	899	172
ROVATO	LOMBARDIA	31.313	2.091	32.166	2.328
CAPECELATRO	LOMBARDIA	82.018	11.593	88.317	14.582
SEREGNO	LOMBARDIA	4.891	2.575	5.761	2.769
VISMARA	LOMBARDIA	17	3.506	18	1.445
LA SPEZIA	LIGURIA	4.622	65	3.998	68
LEGNANO	LOMBARDIA	5.851	1.956	5.891	1.926
PARMA	EMILIA	22.739	301	22.741	299
PESSANO	LOMBARDIA	12.279	7.411	10.046	7.780
FIRENZE	TOSCANA	14.813	1.897	13.023	2.237
MASSA	TOSCANA	3.223	40	4.298	61
ROMA PACE	LAZIO	4.552	1.491	6.441	1.797
SALERNO	CAMPANIA	779	773	757	897
TOTALI		295.483	50.231	299.905	57.056

3. L’analisi di materialità

3.1 Il percorso di definizione dei temi materiali

→ *Rif. ESRS_2_IRO_1.*

Fondazione opera come attore di rilievo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Regionale.

Serviamo il bene pubblico della tutela della salute con la consapevolezza che esso rappresenta un fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività. Per questo motivo prendiamo sul serio la nostra responsabilità sociale e intendiamo confrontarci con il territorio, in rapida evoluzione economica e sociale, e i nostri *stakeholder*. Non siamo una struttura che agisce in maniera isolata e ci sentiamo parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, con cui operiamo e collaboriamo per pianificare i servizi che andremo a erogare.

In un quadro generale in cui aumentano i bisogni di assistenza sanitaria e le risorse pubbliche sono limitate, rischiando che una parte delle prestazioni sanitarie gravi direttamente sul cittadino che richiede cure, la nostra strategia fondamentale è di elevare la qualità dei servizi e, al contempo, contenere ed efficientare i costi.

In questa prospettiva, nel 2025 abbiamo avviato un percorso sistematico di analisi della doppia materialità, adottando volontariamente il quadro di riferimento europeo CSRD ESRS. Questo processo è stato fondamentale per identificare e analizzare quali aspetti del contesto interno ed esterno hanno un impatto sulla nostra operatività e sul nostro impatto ambientale e sociale, nonché per individuare rischi finanziari e non finanziari legati alla sostenibilità. A questo proposito, la doppia materialità è stato lo strumento chiave per comprendere come i fattori esterni (ad esempio i rischi climatici) influenzano le performance dell’organizzazione (materialità finanziaria) e riconoscere l'impatto che questa ha sull’ambiente e sulla società (materialità d'impatto).

Attraverso questo percorso, che ha unito l'analisi tecnica alla visione della Direzione, Fondazione ha identificato tre temi strategici, intesi come i pilastri fondamentali della nostra proposta di sostenibilità per i prossimi anni. Nei prossimi paragrafi descriveremo il percorso che ha portato alla definizione della nostra strategia ESG, illustrando gli strumenti fondamentali adottati per la redazione del Report di sostenibilità, ovvero:

- Una *survey* preliminare per l’analisi di punti di forza, debolezza, opportunità e minacce (analisi SWOT).
- Un’attività di brainstorming, prevalentemente incentrata sull’analisi degli ESRS tematici e dei *datapoint*.
- Il confronto con i Report di sostenibilità di altre organizzazioni simili alla nostra, per dimensione e per attività.

La survey preliminare e l’analisi SWOT

La survey iniziale è stata uno strumento fondamentale per analizzare la nostra posizione competitiva e le scelte più recenti che sono state operate dall’organizzazione.

L'analisi è stata strutturata in maniera settoriale, dedicando attenzione a cinque aree cruciali per la nostra organizzazione: governance, ambiente, lavoratori, comunità e pazienti. Per ciascuna di queste, abbiamo utilizzato una traccia di questionario ESG per raccogliere le opinioni della Direzione, poi sintetizzate e riportate all'interno del *framework* SWOT per valutare i punti di forza, debolezze, opportunità e minacce dell'organizzazione.

Questo ci ha permesso di delineare un quadro essenziale per sviluppare le nostre strategie di sostenibilità, che abbiamo ripreso e approfondito anche nelle successive fasi del lavoro. Inoltre, l'analisi SWOT ci ha permesso di identificare i fattori interni ed esterni che possono influenzare il successo o il fallimento delle politiche, fornendo quindi una base informativa chiara e ben strutturata per la definizione della strategia 2026-2030.

In Appendice A è possibile consultare le analisi SWOT emerse grazie al questionario preliminare sui temi ESG.

Il brainstorming ESRS

Il secondo strumento utilizzato nel percorso di avvicinamento alla nostra strategia di sostenibilità 2026-30 ha previsto un'analisi puntuale delle questioni di sostenibilità (organizzate per temi, sottotemi e sotto-sottotemi) che le imprese devono prendere in considerazione per determinare la rilevanza degli impatti, dei rischi e delle opportunità (IRO).

L'analisi è stata condotta seguendo le linee guida del Requisito di Applicazione 16 (AR 16) dello standard ESRS 1 (Principi Generali), che fornisce un elenco strutturato dei possibili temi rilevanti per le aziende che si apprestano alla rendicontazione secondo lo standard europeo.

In questa fase, il nostro staff di Direzione non si è limitato a una selezione intuitiva delle questioni di rilevanza strategica per Fondazione ma, al contrario, ha svolto vari approfondimenti e riflessioni condivise sui temi di sostenibilità contemplati all'interno della normativa. Questo approccio ha garantito, da un lato, l'identificazione di temi "realmente" materiali per Fondazione e, dall'altro, ci ha permesso di escludere ambiti strategici non pertinenti e di non trascurare aspetti potenzialmente rilevanti (ma meno evidenti) della nostra organizzazione.

3.2 L'individuazione dei temi materiali e la doppia materialità

→ *Rif. ESRS_2_SBM_3.*

La riflessione sulla doppia materialità, secondo quanto previsto nel quadro CSRD ESRS, richiede che un tema di sostenibilità sia esplorato da due prospettive "materiali", valutando sia gli effetti che l'organizzazione genera su persone e ambiente (materialità d'impatto), sia l'incidenza dei temi sui risultati economici dell'organizzazione, influenzando costi, ricavi, rischi, opportunità e accesso al capitale nel breve, medio o lungo periodo (materialità finanziaria).

Questo modo di procedere richiede, pertanto, di considerare sia l'impatto dell'organizzazione sul contesto esterno, sia l'impatto del contesto sull'organizzazione, e di considerare quei temi a cui è attribuita maggiore rilevanza in almeno una delle due dimensioni (o in entrambe).

Grazie agli strumenti ed ai percorsi di approfondimento a cui abbiamo fatto riferimento nel capitolo precedente, lo staff direzionale ha identificato alcuni *temi* ritenuti rilevanti per l'organizzazione:

1. Ambiente e sostenibilità
2. Ricerca e innovazione
3. Qualità e sicurezza nelle cure
4. Formazione, capitale umano e comunicazione interna e sicurezza sui luoghi di lavoro
5. Volontariato
6. Governance e compliance
7. Relazioni esterne e stakeholder engagement

La Direzione ha ritenuto che questi temi avessero un impatto potenziale rilevante per l'organizzazione e, al fine di arricchire la riflessione strategica e contraddistinguere la nostra proposta di sostenibilità per i prossimi anni, li ha analizzati con il sistema di gestione dei rischi e delle opportunità (IRO) previsto dalla direttiva CSRD e dagli standard ESRS.

Abbiamo scelto l'approccio IRO perché, nell'ambito della redazione di un Report di sostenibilità, costituisce una solida metodologia per trasformare l'esercizio di comunicazione e trasparenza nei confronti degli *stakeholder* in uno strumento reale e operativo di *governance*. Nei prossimi paragrafi abbiamo descritto i temi materiali identificati durante la riflessione della Direzione, rielaborati di seguito in forma tabellare rispetto ai:

- potenziali impatti socio-ambientali (I), quindi gli effetti (positivi o negativi, attuali o potenziali) che l'organizzazione genera o può generare sulle persone, sull'ambiente e sulla comunità di riferimento attraverso le sue attività e la sua catena del valore (prospettiva *inside-out*);
- rischi (R), non solo finanziari, ai quali l'organizzazione si espone a causa di fattori esterni legati alla sostenibilità e che possono influenzare negativamente l'operatività, lo sviluppo o la performance della Fondazione (prospettiva *outside-in*);
- opportunità (O), non solo finanziarie, associate agli impatti, ovvero i benefici (non solo finanziari) che l'organizzazione può ottenere intercettando cambiamenti o tendenze positive legate alla sostenibilità (prospettiva *outside-in*).

La rappresentazione grafica della doppia materialità

Dopo l'individuazione degli impatti, la rappresentazione grafica della doppia materialità (vedi Figura 1) ha costituito un passaggio centrale nella definizione di questa prima nostra strategia di sostenibilità, consentendo di mettere in relazione l'impatto materiale con quello finanziario.

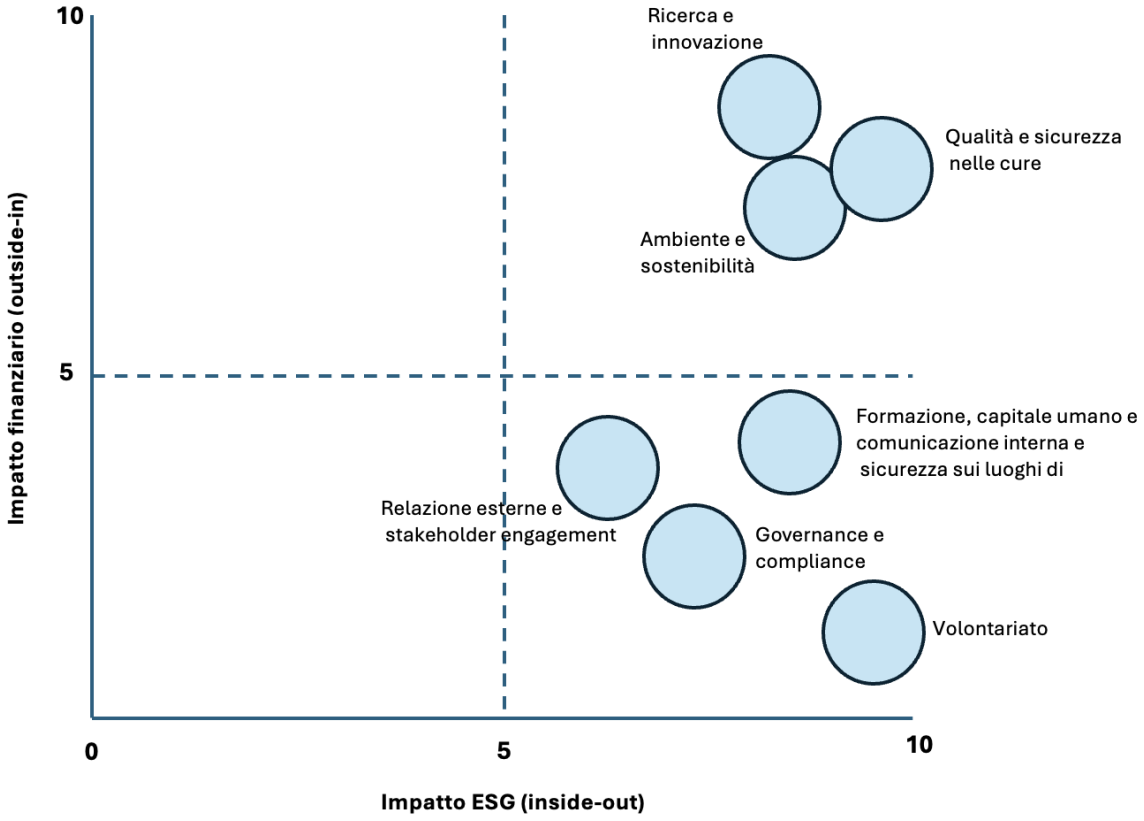
Per ciascuno dei temi analizzati nel precedente paragrafo, abbiamo soppesato i relativi impatti ambientali, sociali e finanziari e attribuito loro un punteggio su una scala da zero a dieci; abbiamo poi elaborato i risultati in forma grafica, inserendo l'impatto finanziario sulle ordinate e l'impatto ambientale, sociale e di *governance* sulle ascisse. Infine, abbiamo posto il valore soglia di 5 per

entrambe le coordinate, come valore minimo e discriminante tra interesse elevato e interesse moderato.

Quello che emerge dalla rappresentazione grafica di doppia materialità è che l'impatto dei vari temi individuati è, per tutti, superiore alla soglia minima per gli aspetti ESG, mentre "Ricerca e Innovazione", "Qualità e sicurezza nelle cure" e "Ambiente e Sostenibilità" hanno una forte connotazione di impatto finanziario per la Fondazione. Gli altri quattro temi hanno nella dimensione *outside-in* un impatto finanziario fortunatamente minore. Per questo motivo, i tre temi a doppia rilevanza individuati dalla Direzione sono stati considerati appropriati per l'applicazione di un approccio operativo nella strategia 2026-30.

La lettura combinata della doppia matrice ha quindi permesso di individuare, nel quadrante superiore destro, i temi che hanno entrambe le dimensioni (di impatto e finanziaria) superiori al valore soglia, ovvero i temi materiali di ambiente e sostenibilità, ricerca e innovazione e qualità e sicurezza delle cure.

FIGURA 1. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA DOPPIA MATERIALITÀ DELLA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.



→ *Rif. ESRS_2_SBM_3.*

I tre temi individuati rappresentano infatti impatti materiali dell'organizzazione che originano principalmente dal proprio modello operativo, basato sull'erogazione di servizi sanitari e riabilitativi attraverso strutture ad alta intensità di lavoro e utilizzo di risorse. In particolare, gli impatti ambientali derivano prevalentemente dai consumi energetici e dalla gestione dei rifiuti sanitari, mentre gli impatti sociali sono connessi alla qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie, all'accessibilità dei servizi e alle condizioni di lavoro del personale, così come il mantenimento dello status di IRCCS delle

due strutture ospedaliere, quella di Santa Maria Nascente di Milano e quella di Don Carlo Gnocchi di Firenze, è legato alla missione di ricerca di Fondazione.

I rischi e le opportunità materiali influenzano il modello di business e la catena del valore dell'organizzazione. Tra i principali rischi si rilevano l'aumento dei costi energetici, le pressioni sui costi del personale sanitario e l'evoluzione del contesto normativo in ambito sanitario e ambientale. Le principali opportunità includono l'adozione di soluzioni di efficientamento energetico, l'innovazione tecnologica nei servizi sanitari e la crescente domanda di servizi riabilitativi e per la ricerca la capacità di innalzare la visibilità e l'attrattività di finanziamenti dedicati.

Nel loro insieme, i tre temi materiali così individuati delineano un posizionamento della Fondazione pienamente coerente con alcuni obiettivi dell'Agenda 2030 e, in particolare, quelli che convergono sui temi della tutela della salute, dell'innovazione scientifica, dello sviluppo delle competenze, della responsabilità ambientale e della qualità della governance. Ne emerge una visione di sostenibilità in cui la creazione di valore non si esaurisce nella performance organizzativa, ma si traduce nella capacità di generare benefici sociali diffusi, migliorare la qualità e l'equità dei servizi di cura, rafforzare il capitale di conoscenza e accompagnare, con gradualità e concretezza, la transizione verso modelli operativi più resilienti e sostenibili.

Tema materiale (1): Ambiente e sostenibilità.

L'attenzione ai consumi energetici e alle emissioni climalteranti si collega in modo diretto agli SDGs 7 e 13, in quanto richiama sia il miglioramento dell'efficienza delle strutture sia l'avvio di un percorso di decarbonizzazione e di gestione della resilienza climatica. Nel caso di un ente sanitario e sociosanitario, tale impegno assume anche un rilievo indiretto rispetto allo SDG 3, poiché la riduzione dell'impronta ambientale contribuisce a tutelare condizioni di salute più favorevoli e a rafforzare la continuità dei servizi di cura.



Tema materiale (2): Ricerca e innovazione.

Il consolidamento del ruolo della Fondazione come polo di riferimento si riconduce anzitutto allo SDG 9, poiché riguarda il rafforzamento delle infrastrutture di ricerca, del trasferimento tecnologico e della capacità di generare innovazione applicata alla riabilitazione. Il collegamento con lo SDG 17 è altrettanto diretto, dal momento che tale posizionamento si fonda sulla qualità delle collaborazioni scientifiche, istituzionali e industriali, nazionali e internazionali. In aggiunta, in un'organizzazione in cui la ricerca è strutturalmente orientata al miglioramento degli esiti clinici, nel medio periodo questa traiettoria sostiene anche l'obiettivo SDG 3, traducendo l'eccellenza scientifica in benefici concreti per i pazienti.

Il collegamento con lo SDG 16 è riconoscibile nel valore attribuito alla trasparenza, all'accessibilità dell'informazione e al coinvolgimento di pazienti, cittadini e stakeholder in forme di public engagement più aperte e comprensibili. La promozione della metodologia e della cultura della ricerca si collega in modo diretto allo SDG 4, poiché investe la diffusione di competenze, approcci valutativi, apprendimento organizzativo e partecipazione ai processi di produzione e uso della conoscenza



Tema materiale (3): Gestione rischio clinico e sicurezza in FDG

Il rischio clinico presenta un collegamento diretto e sostanziale con lo SDG 3, in quanto attiene alla sicurezza del paziente, alla prevenzione degli eventi avversi e al mantenimento di standard elevati di qualità assistenziale nei diversi setting di presa in carico. In questo quadro, la gestione strutturata del rischio non rappresenta soltanto un presidio organizzativo, ma un elemento essenziale di tutela della persona assistita, di affidabilità dei percorsi di cura e di continuità del rapporto di fiducia con pazienti, famiglie e stakeholder istituzionali. L'appropriatezza e la sicurezza terapeutica nelle RSA si riconducono in modo diretto allo SDG 3, poiché riguardano la qualità clinica dell'assistenza farmacologica e terapeutica, la prevenzione dei rischi correlati ai trattamenti e la tutela di persone ad alta fragilità assistenziale. Il richiamo allo SDG 10 è invece indiretto ma rilevante: presidiare l'appropriatezza delle terapie nei contesti residenziali significa infatti proteggere categorie particolarmente vulnerabili, contribuendo a ridurre discontinuità e squilibri nella qualità delle cure rivolte alla popolazione anziana e non autosufficiente.



4. La strategia 2026–30: analisi Impatti-Rischi-Opportunità (IRO)

→ *Rif. ESRS_2_IRO_2.*

La definizione della strategia 2026–30 rappresenta il passaggio con cui Fondazione traduce in un piano operativo la visione emersa dal percorso di analisi che abbiamo svolto nel corso del 2025.

Questa scelta rappresenta un'integrazione essenziale rispetto alla rendicontazione richiesta dallo standard VSME, poiché introduce una valutazione strategica preliminare del nostro percorso di sostenibilità. Come già ricordato, il VSME fornisce la base informativa sul biennio 2024-2025, mentre l'approfondimento dei temi rilevanti secondo il quadro CSRD–ESRS consente di definire gli impatti, i rischi, le opportunità, le azioni e gli indicatori per il monitoraggio della performance dei prossimi anni.

Nella seguente Tabella 3 si presenta una sintesi dei sotto-temi materiali e degli obiettivi di sostenibilità per ciascun tema materiale:

TABELLA 3. TEMI MATERIALI E OBIETTIVI DELLA STRATEGIA DI SOSTENIBILITÀ 2026-2030.

TEMI MATERIALI	SOTTO-TEMI MATERIALI	OBIETTIVI
Ambiente e sostenibilità.	Consumi energetici ed emissioni di gas serra.	I. Promuovere la decarbonizzazione e la transizione energetica. II. Rafforzare la resilienza climatica e integrare la gestione del rischio. III. Consolidare la governance climatica e promuovere il coinvolgimento attivo.
	Gestione e riciclo dei rifiuti.	IV. Implementare modelli di economia circolare e ottimizzare la gestione dei rifiuti. V. Garantire l'efficienza nell'uso delle risorse e il presidio ambientale.
Ricerca e innovazione.	Consolidamento del ruolo di polo di riferimento nazionale e internazionale.	VI. Migliorare l'organizzazione e gestione della ricerca.
	Sostenibilità economica e organizzativa della Fondazione anche attraverso la valorizzazione dei meccanismi diretti e indiretti generati dalle attività scientifiche.	VII. Aumentare il contributo della ricerca attraverso meccanismi indiretti. VIII. Generazione di innovazione tecnologica trasferita alla pratica clinica. IX. Capacità della ricerca di migliorare accesso ed equità delle cure.
Qualità e sicurezza delle cure.	Rischio clinico in FDG.	X. Consolidare e potenziare la rete del Rischio Clinico su tutti i presidi ospedalieri e territoriali attraverso azioni mirate sui dati di monitoraggio.
	Appropriatezza e sicurezza terapeutica nelle RSA.	XI. Ampliare le azioni di riconciliazione terapeutica e di revisione farmacologica per garantire una maggiore sicurezza e qualità di vita degli ospiti.

Il piano strategico che presentiamo nei prossimi paragrafi non è solo un semplice elenco di azioni, ma un quadro di impegni strutturati, misurabili e coerenti con la missione identitaria di Fondazione: ricerca, cura e innovazione.

4.1 Ambiente e sostenibilità

In linea con la propria missione di cura e assistenza, Fondazione riconosce la stretta interdipendenza tra salute umana e salute dell'ambiente. Siamo consapevoli dell'impatto delle nostre operazioni, sia dirette che legate alla nostra catena del valore. La nostra ambizione è ridurre progressivamente tale impronta attraverso l'ottimizzazione energetica e una gestione virtuosa dei rifiuti.

Nell'ambito del processo di doppia materialità, la Direzione ha identificato due temi ambientali prioritari, analizzati di seguito secondo l'approccio IRO (→ *Rif. ESRS_2_IRO_1; ESRS_2_IRO_2*).

Consumi energetici ed emissioni di gas serra

Fondazione considera l'efficientamento energetico un pilastro fondamentale per la resilienza e la continuità delle proprie attività sanitarie. In continuità con gli interventi di revamping avviati a partire dal 2018 — che hanno visto la sostituzione di centrali termiche, caldaie a vapore e il passaggio sistematico all'illuminazione LED — Fondazione ha intrapreso un programma di misurazione sistematica dei consumi, volto a consolidare una gestione sempre più consapevole delle risorse (→ *Rif. ESRS_2_GOV_4)*.

Attraverso il consolidamento del sistema di gestione ISO 50001, Fondazione intende perseguire l'efficientamento progressivo dei propri asset e delle attività operative (→ *Rif. ESRS_2_GDR_P*). Tale approccio costituisce la base metodologica per valutare, in un'ottica di medio-lungo periodo, la progressiva convergenza del modello gestionale verso gli scenari di decarbonizzazione definiti a livello europeo, permettendo di definire eventuali target di riduzione in funzione delle evidenze tecniche e dei dati prestazionali emersi dal monitoraggio. Di seguito si riporta l'analisi sintetica degli impatti, rischi e opportunità relativi a questo tema.

TABELLA 4. ANALISI IRO: CONSUMI ENERGETICI ED EMISSIONI DI GAS SERRA.

IMPATTI	L'attività di FDG comporta un consumo energetico significativo derivante dalla gestione operativa di 25 centri e 28 ambulatori, con un impatto diretto sulle emissioni di gas serra (Scope 1 e 2) e un contributo al cambiamento climatico. Tuttavia, l'impatto di Fondazione si estende lungo l'intera catena del valore (Scope 3), influenzando le emissioni generate dalla logistica dei fornitori e dagli spostamenti di oltre 6.000 operatori e migliaia di pazienti. Una gestione efficiente dei vettori energetici non solo mitiga l'impronta ambientale, ma garantisce la sostenibilità del modello assistenziale, assicurando che le risorse economiche siano allocate prioritariamente alla cura piuttosto che ai costi di gestione delle strutture. La transizione verso un mix energetico più pulito rafforza il posizionamento di FDG come Ente responsabile nel panorama sanitario nazionale.
RISCHI	– Economici: Legati alla forte volatilità dei prezzi delle materie prime energetiche (gas naturale ed energia elettrica) e alla potenziale introduzione di carbon tax o oneri legati alle politiche di decarbonizzazione, che potrebbero determinare costi operativi imprevedibili. – Strategici e di Transizione: Rischio di obsolescenza degli impianti termici e delle infrastrutture edilizie; la mancata pianificazione di investimenti in efficientamento energetico e fonti rinnovabili può compromettere la resilienza operativa a lungo termine. – Reputazionali: Una scarsa attenzione alle politiche di riduzione delle emissioni di gas climalteranti (*Greenhouse gases*, GHG) può ridurre l'attrattività della Fondazione agli occhi di committenti pubblici, donatori e utenti, sempre più orientati verso partner con standard di sostenibilità certificati. – Contesto: Crescente pressione normativa (direttive UE e CSRD) che richiede trasparenza e performance ambientali stringenti. Il ritardo nell'adeguamento tecnologico rispetto a competitor più "green" potrebbe limitare l'accesso a finanziamenti agevolati o bandi di gara che includono criteri ambientali (CAM).

OPPORTUNITÀ	– Efficientamento e riduzione costi: Implementazione di sistemi di gestione dell'energia e tecnologie di autoproduzione (es. fotovoltaico) per ridurre la dipendenza dai mercati esterni e abbattere i costi fissi di gestione. – Resilienza Operativa: Miglioramento della *business continuity* attraverso la diversificazione delle fonti di approvvigionamento e l'ammodernamento degli impianti, garantendo standard di comfort termico costanti per i pazienti. – Leadership e Influenza: Opportunità di esercitare una "moral suasion" sulla catena di fornitura e sensibilizzare la comunità dei pazienti verso abitudini di mobilità e consumo più sostenibili. – Accesso a Capitali: Maggiore facilità di accesso a linee di finanziamento dedicate alla transizione ecologica e miglioramento del rating ESG complessivo della Fondazione.

→ Rif. ESRS_E1.

Tenuto conto dell'analisi IRO per i consumi energetici e le emissioni di gas serra, i paragrafi seguenti definiscono gli obiettivi che vuole conseguire la Fondazione e le relative strategie per il periodo 2026-2030.

OBIETTIVO I. Promuovere la decarbonizzazione e la transizione energetica.

Fondazione vanta una consolidata attenzione all'efficienza delle proprie strutture e, negli anni passati, ha implementato diverse azioni volte all'efficientamento degli impianti e all'ottimizzazione dei consumi. Dando continuità a questo impegno, FDG ha avviato un percorso di misurazione e analisi sistematica per formalizzare tali pratiche all'interno di un quadro strategico unitario. Coerentemente con questo approccio, Fondazione sta oggi evolvendo verso una gestione formale dei rischi e delle opportunità climatiche, preparando il terreno per il futuro piano di transizione, garantendo che ogni impegno sia bilanciato con la necessaria sostenibilità economico-finanziaria dell'Ente (→ *Rif. ESRS_2_GOV_3; ESRS_2_GOV_4*).

La gestione dell'energia svolge un ruolo importante nella mitigazione del cambiamento climatico. Sulla base degli interventi di *revamping* già realizzati, Fondazione intende consolidare i risultati ottenuti attraverso una pianificazione strategica supportata dall'adozione del sistema di gestione ISO 50001. Tale percorso permetterà di definire una baseline di riferimento per l'individuazione di futuri obiettivi di decarbonizzazione in linea con i quadri di riferimento nazionali ed europei.

TABELLA 5. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO I.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Analizzare e adottare obiettivi di decarbonizzazione.	Calcolo emissioni GHG totali e intensità carbonica.	Definizione baseline entro il 2027. Approvazione obiettivi di riduzione.
2. Pianificare e intraprendere un percorso di transizione energetica.	% di energia elettrica da fonti rinnovabili su totale consumi.	Monitoraggio annuale e valutazione incremento nel quinquennio.
3. Proseguire l'efficientamento degli asset e del *relamping*.	N. di siti certificati ISO 50001.	Certificazione della Direzione Generale e di 2 siti pilota entro il 2026 ed estensione progressiva.

	% di completamento del piano di sostituzione corpi illuminanti/caldaie.	Definizione di un piano di efficientamento compatibile con l'equilibrio di bilancio. Completamento degli interventi pianificati entro il 2030.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ Rif. *ESRS_2_GDR_T.*

OBIETTIVO II. Rafforzare la resilienza climatica e integrare la gestione del rischio.

Fondazione riconosce l'importanza di proteggere la continuità assistenziale e la sicurezza dei propri ospiti di fronte all'acuirsi di eventi meteorologici estremi. Fondazione ha già completato una mappatura dei rischi fisici per le proprie strutture e ha integrato tali scenari nelle proprie procedure di emergenza. L'obiettivo per il prossimo quinquennio è evolvere verso un sistema di monitoraggio periodico che verifichi l'adeguatezza e l'efficacia delle misure adottate, garantendo che i protocolli operativi rimangano rispondenti all'evoluzione dei rischi climatici locali e siano pienamente integrati nei processi di gestione aziendale (→ *Rif. ESRS_2_GOV_4*).

TABELLA 6. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO II.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Monitoraggio dell'efficacia delle misure di adattamento.	% aggiornamento dei piani di emergenza in funzione di scenari climatici.	Revisione periodica dei piani per il 100% delle sedi identificate a rischio alto.
2. Verifica di vulnerabilità delle sedi potenzialmente esposte e mantenimento dei presidi tecnici.	N. verifiche tecniche per tenuta dei presidi (sistemi antiallagamento, continuità elettrica, etc.).	Esecuzione di test di efficienza annuali sui presidi critici delle sedi più esposte.
3. Valutazione degli effetti finanziari anticipati dei rischi climatici (es. incremento costi assicurativi, manutenzione, etc.).	Stato di avanzamento dello sviluppo di una metodologia di analisi e stima degli impatti economici.	Definizione della metodologia di stima. Completamento dell'analisi degli impatti finanziari.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

OBIETTIVO III. Consolidare la governance climatica e promuovere il coinvolgimento attivo.

L'impegno climatico deve essere supportato da una struttura di *governance* solida e da un coinvolgimento attivo della catena del valore. FDG punta a standardizzare la gestione ambientale al massimo livello dell'organizzazione, estendendo la sensibilizzazione ai fornitori strategici e sfruttando l'innovazione digitale per ridurre l'impatto ambientale indiretto legato all'erogazione dei servizi (→ *Rif. ESRS_2_GOV_1*).

TABELLA 7. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO III.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*

1. Aggiornare la Politica Ambientale e i processi di governance.	Politica ambientale formalizzata e diffusa.	Aggiornamento Politica entro 2027.
2. Avviare il dialogo con i fornitori sui temi climatici.	N. di fornitori strategici censiti per criteri ESG.	Mappatura e qualifica dei primi 20 fornitori per volume d'acquisto entro il 2028.
3. Implementare soluzioni digitali per l'efficienza dei servizi.	N. di nuovi servizi digitali/telemedicina attivati.	Almeno 2 iniziative di digitalizzazione processi entro il 2030.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

Gestione e riciclo dei rifiuti

Il settore sanitario genera intrinsecamente volumi significativi di rifiuti a causa delle necessità di sterilità e sicurezza. FDG sta evolvendo da una gestione basata sulla mera conformità normativa verso un approccio strategico di economia circolare.

Sebbene non esistano ancora politiche di gruppo formalizzate (→ *Rif. ESRS_2_GDR_P*), Fondazione ha già attivato pratiche virtuose come la politica *plastic free* (erogatori di rete idrica presenti in alcune strutture e laddove possibile la riduzione dell'utilizzo di contenitori monouso per i pasti), il recupero di componentistica elettromedicale (in funzione dello stato dell'apparecchiatura da dismettere e del potenziale interesse del mercato) e la donazione di apparecchiature informatiche ancora performanti.

TABELLA 8. ANALISI IRO – GESTIONE E RICICLO DEI RIFIUTI.

IMPATTI	L'erogazione di prestazioni sanitarie e riabilitative in FDG comporta un consumo strutturale di risorse naturali e la generazione di flussi di scarto specifici. L'impatto ambientale si manifesta principalmente attraverso il prelievo idrico necessario per le attività civili e terapeutiche (come l'idrokinesiterapia nelle vasche riabilitative) e la produzione di rifiuti sanitari pericolosi e non pericolosi. L'uso intensivo di materiali monouso e dispositivi medici contribuisce alla pressione sulle risorse naturali e alla generazione di rifiuti destinati all'incenerimento o alla discarica. Tuttavia, l'adozione di una strategia orientata all'economia circolare permette di mitigare l'impronta ecologica della Fondazione, integrando la conformità normativa con buone pratiche volte all'ottimizzazione dei materiali e alla progressiva riduzione degli sprechi.
RISCHI	– Operativi e Fisici: La crescente scarsità idrica e i periodi di siccità prolungata rappresentano un rischio per la continuità di specifiche attività terapeutiche (es. piscine riabilitative), con potenziali limitazioni all'operatività dei centri in aree a stress idrico elevato. – Economici: Legati all'incremento delle tariffe idriche e dei costi di smaltimento dei rifiuti sanitari, influenzati dalla saturazione degli impianti e dalla volatilità dei prezzi delle materie prime vergini (carta, plastica, dispositivi). – Regolatori e Sanzionatori: Complessità normativa nella gestione dei rifiuti speciali che espone la Fondazione a rischi legali e sanzionatori in caso di non corretta tracciabilità della filiera, con conseguenti impatti sulla reputazione istituzionale. – Supply Chain: Dipendenza da modelli di approvvigionamento lineari che espongono FDG a interruzioni nelle forniture di materiali essenziali e a un aumento dei costi ambientali ribaltati dai fornitori.

OPPORTUNITÀ	– Innovazione Tecnologica: Implementazione di tecnologie di sterilizzazione on-site per la riduzione dei volumi dei rifiuti e sistemi di monitoraggio. – Digitalizzazione (Paperless): Proseguimento della transizione digitale dei processi clinici e amministrativi per l'abbattimento del consumo di carta e l'efficientamento dei flussi informativi. – Green Procurement: Valorizzazione della posizione di mercato di FDG attraverso acquisti verdi, incentivando i fornitori a ridurre il packaging e a favorire il recupero dei materiali, migliorando così il profilo di sostenibilità della catena del valore. – Efficienza Organizzativa: Revisione e monitoraggio dei modelli di consumo interno per migliorare la gestione dei flussi e la differenziazione dei materiali, favorendo l'uso razionale delle risorse e l'ottimizzazione dei costi operativi.

→ *Rif. ESRS_E5.*

Alla luce dell'analisi IRO relativa alla gestione e al riciclo dei rifiuti, i paragrafi seguenti delineano gli obiettivi che la Fondazione intende perseguire e le strategie di attuazione previste per il periodo 2026-2030.

OBIETTIVO IV. Implementare modelli di economia circolare e ottimizzare la gestione dei rifiuti.

Il settore sanitario affronta la sfida complessa di coniugare la sicurezza clinica e la sterilità con la riduzione dell'impronta ambientale. Fondazione riconosce la necessità di evolvere verso un approccio circolare, partendo dalle sperimentazioni tecnologiche virtuose già in atto. La strategia si focalizza sulla prevenzione alla fonte e sull'ottimizzazione del fine vita dei materiali, seguendo la gerarchia europea dei rifiuti: prevenzione, riutilizzo e riciclo (→ *Rif. ESRS_2_GDR_P*).

TABELLA 9. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO IV.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Monitorare e ridurre la produzione di rifiuti alla fonte.	Kg rifiuti infettivi/gg degenza.	Monitoraggio baseline e valutazione azioni di riduzione entro il 2028.
2. Valutare l'estensione del trattamento rifiuti sanitari on-site.	N. di sedi dotate di tecnologia di sterilizzazione.	Valutazione tecnica conclusa entro il 2027 ed eventuale estensione al 2030.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

OBIETTIVO V. Garantire l'efficienza nell'uso delle risorse e il presidio ambientale.

Il presidio ambientale si estende alla gestione responsabile della risorsa idrica e alla qualificazione della catena di fornitura. FDG si impegna a consolidare il monitoraggio dei prelievi idrici e a integrare criteri ambientali nei processi di acquisto (Green Procurement), standardizzando le procedure tra tutte le sedi per garantire performance omogenee e conformità costante (→ *Rif. ESRS_2_GOV_4*).

TABELLA 10. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO V.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Consolidare il monitoraggio e la tutela della risorsa idrica.	% di copertura monitoraggio puntuale prelievi.	100% monitoraggio prelievi da acquedotto garantito annualmente.
2. Integrare criteri ambientali nei processi di acquisto (Green Procurement).	% di nuove gare/contratti con clausole ambientali.	Inserimento progressivo clausole ESG nei nuovi contratti dal 2028.
3. Mantenere e standardizzare il presidio ambientale (SGI).	Tasso di completamento del programma annuale di audit.	Esecuzione del 100% degli audit interni programmati.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

4.2 Ricerca e innovazione

La Ricerca Scientifica non rappresenta per Fondazione una semplice attività complementare, bensì l'elemento costitutivo della propria identità e missione. Essere un Ente che ospita due IRCCS (Milano e Firenze) significa operare in un ecosistema dove la cura e l'assistenza sono costantemente alimentate dalle più recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche. La struttura della ricerca in FDG è presidiata da una Direzione Scientifica e da un Comitato Tecnico Scientifico (CTS), che garantiscono l'allineamento strategico tra l'attività di laboratorio e le esigenze cliniche dei pazienti.

Il CTS propone gli indirizzi generali, esprime valutazioni in merito ai piani di ricerca e valuta i risultati finali. Il Comitato è formato da componenti interni, fra cui i Direttori Scientifici delle sedi IRCCS e i loro Direttori sanitari e il Direttore Medico e Socioassistenziale di FDG. Il comitato ha anche una componente esterna di professionisti di altissimo rilievo scientifico che collaborano alla proposta di indirizzi generali a cui devono uniformarsi le attività di ricerca attivate presso le strutture della Fondazione.

La ricerca di FDG si caratterizza, come missione degli IRCCS, soprattutto sulla ricerca traslazionale volta a favorire lo sviluppo di soluzioni innovative, sia tecnologiche che organizzative, da mettere a disposizione dei pazienti di Fondazione. La Direzione Scientifica, oltre ad avere la responsabilità della stesura, con cadenza triennale, e dell'aggiornamento del Piano Strategico della Ricerca (PSR), ne monitora l'attuazione attraverso un sistema di indicatori di performance, garantendo una rendicontazione puntuale e trasparente. In particolare, relaziona con cadenza annuale al Consiglio di Amministrazione circa lo stato di avanzamento degli obiettivi strategici e operativi, e presenta aggiornamenti periodici al Comitato di Presidenza, al Comitato di Direzione e al Comitato Tecnico Scientifico, al fine di garantire un allineamento continuo tra struttura scientifica e Direzione Generale.

Per supportare questa missione, FDG si è dotata di strutture di supporto:

- Direzione Operativa: per il coordinamento e supervisione di tutte le attività, con particolare focus sulla efficacia ed efficienza delle attività stesse, sulla gestione multidisciplinare delle attività e sullo sviluppo e aggiornamento di tutte le procedure organizzative e gestionali.

- Grant Office: per lo scouting delle principali opportunità di finanziamento della ricerca.
- Clinical Trial Unit: per il supporto e la gestione, in tutte le varie fasi, dei programmi e protocolli di ricerca.
- Technology Transfer Office: per gli aspetti connessi al trasferimento tecnologico, ai rapporti con aziende esterne, alla tutela della proprietà intellettuale, ed alla promozione di partnership industriali.
- Accounting and Financial Office: per il supporto alla rendicontazione dei progetti finanziati.

La ricerca nei due IRCCS è ben regolamentata dal livello ministeriale (Ministero della Salute) e, quindi, tutti i principali processi che riguardano l'etica della ricerca, i possibili conflitti di interesse, l'integrità scientifica, la gestione dei dati sensibili, la gestione dei finanziamenti, i rapporti con le industrie del farmaco e dei dispositivi e la proprietà intellettuale sono tutti proceduralizzati, documentati, validati, condivisi e comunicati al personale della ricerca e agli *stakeholder* esterni interessati. Sono inoltre presenti tutte le procedure dei processi utilizzati al fine di prevenire, mitigare e correggere eventuali eventi avversi o sentinella (→ *Rif. ESRS_2_GDR_P; ESRS_2_GOV_3; ESRS_2_GOV_4)*.

Il Direttore Scientifico e il Comitato Tecnico Scientifico, in coerenza con il PSR 2025-2027, hanno identificato tre sotto-temi materiali che descrivono come la ricerca generi valore e come debba essere protetta (→ *Rif. ESRS_2_IRO_1; ESRS_2_IRO_2*).

Consolidamento del ruolo di polo di riferimento nazionale e internazionale

→ *Rif. ESRS_2_SBM_1*.

L'attività di ricerca è completamente orientata sui temi della riabilitazione e sulle tecnologie a supporto della stessa per i migliori risultati clinici sui pazienti e si sviluppa su 4 linee di ricerca:

- Metodologia e tecnologia della scienza in riabilitazione.
- Sistema cardiorespiratorio.
- Sistema neuromotorio.
- Malattie neurodegenerative e disturbi della coscienza e cognitivi complessi.

Il focus di questo tema è la capacità di FDG di mantenere una posizione di leadership scientifica per attrarre talenti e finanziamenti. Tale posizionamento si fonda sulla qualità della produzione scientifica, sulla partecipazione a reti di ricerca nazionali e internazionali e sulla capacità di trasformare le evidenze generate in innovazione; rafforzare la reputazione scientifica di FDG significa inoltre sostenere l'eccellenza dei servizi e valorizzare le competenze del settore sanitario e socio-assistenziale.

TABELLA 11. ANALISI IRO – CONSOLIDAMENTO DEL RUOLO DI POLO DI RIFERIMENTO IN AMBITO SCIENTIFICO.

IMPATTI	L'attività di ricerca in FDG si concretizza in modo evidente con una bibliometria importante realizzata dai suoi circa 211 ricercatori clinici e sperimentali. L'impatto sulla comunità scientifica è importante con più di 1.476 punti di Impact Factor normalizzato (IFN). Per le caratteristiche della strategia di FDG, tale attività ha generato un impatto altrettanto significativo sull'assistenza e sulla terapia riabilitativa, attraverso lo sviluppo e l'applicazione di soluzioni innovative di tipo tecnologico, organizzativo e metodologico, contribuendo a consolidare la posizione della Fondazione come punto di riferimento nel settore della riabilitazione a livello nazionale.
RISCHI	Economici: legati a investimenti su tecnologie, sia di imaging che di laboratorio, su robotica e sensoristica, su digitalizzazione (in particolare per l'utilizzabilità dei dati clinici) e competenze in un contesto dove la necessità di queste risorse cresce rapidamente ed è necessaria per garantire lo stato dell'arte della ricerca. Reputazionali: la mancata pubblicazione o comunicazione efficace dei risultati può ridurre la percezione di leadership scientifica e l'attrattività della Fondazione, incidendo quindi sulla capacità di aumentare il numero di progetti finanziati da bandi competitivi. Sociali: se la ricerca è indissolubilmente legata alla qualità dell'assistenza, caratteristica della missione della FDG, allora l'impatto potenziale della FDG in termini di qualità dell'assistenza e degli outcome di salute è direttamente proporzionale allo sviluppo della ricerca. Quindi la traiettoria di sviluppo della ricerca coincide con lo sviluppo e qualità della assistenza e cura. Contesto: la crescente competitività da parte di altri enti pubblici e privati già digitalmente evoluti e l'accelerazione dell'integrazione ricerca-clinica da parte di strutture concorrenti. Nell'analisi di contesto è da considerare il limite dei rapporti con il mondo produttivo, in questo ambito, infatti, le sperimentazioni si configurano frequentemente come studi collaborativi con i fabbricanti, spesso piccole e medie imprese caratterizzate da una limitata capacità di investimento diretto nella ricerca clinica. Carenza di ricercatori – ricercatori clinici: questo è un potenziale rischio sia in termini assoluti che relativi legati alla necessità di acquisire nuove competenze in settori emergenti quali quelli della bioingegneria e dell'intelligenza artificiale. Altro elemento critico è la capacità di trattenere competenze specifiche e di alto valore che chiedono un ambiente sempre allo stato dell'arte della ricerca.
OPPORTUNITÀ	Miglioramento della qualità delle cure attraverso una presa in carico specialistica e innovativa del paziente, basata sulla traduzione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica. Valorizzazione reputazionale della Fondazione come luogo dove innovazione e cura si integrano, con conseguente maggiore attrattività per pazienti, professionisti e partner istituzionali, con potenzialità quindi di incremento dei progetti di ricerca con un overhead complessivo maggiore. Innovazione organizzativa attraverso la sperimentazione di modelli di collaborazione interdisciplinare tra ricerca, clinica e assistenza. Crescita professionale e motivazionale del personale coinvolto in progetti di ricerca, con ricadute positive sul clima organizzativo e sulla capacità di trattenere il personale. Rafforzamento delle reti scientifiche nazionali e internazionali e possibilità di accedere a bandi competitivi e finanziamenti esterni.

→ *Rif. ESRS_S3; ESRS_S4.*

Tenuto conto dell'analisi IRO per il consolidamento di FDG come punto di riferimento in ambito scientifico, i paragrafi seguenti definiscono gli obiettivi che vuole conseguire la Fondazione e le relative strategie per il periodo 2026-2030.

OBIETTIVO VI. Migliorare l'organizzazione e gestione della ricerca.

TABELLA 12. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO VI.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Consolidare un modello di ricerca in rete tra centri IRCCS e presidi Don Gnocchi, basato sulla condivisione di risorse, dati e competenze, e orientato allo sviluppo di progettualità integrate.	Maggiore integrazione fra i 2 IRCCS e con le altre sedi della rete. Integrazione fra varie discipline tramite gruppi MD.	N. progetti di ricerca in comune tra i due IRCCS e tra IRCCS e altri presidi della rete. N. pubblicazioni.
2. Miglioramento della capacità di programmazione, organizzazione e gestione della ricerca.	Trasformazione di attività core di laboratori in infrastrutture di ricerca. Valorizzazione del percorso "ultimo miglio".	N. di core facilities avviate per servizio per interni e per esterni. Target temporale fine 2027. N. prodotti da "ultimo miglio" portati in clinica.
3. Promuovere una progettazione strategica e identitaria nei due IRCCS, attraverso progetti ad alto impatto ("Big Challenges").	N. di nuove collaborazioni attivate su Big Challenges. N. di progetti di ricerca attivi per anno e per centro. N. di pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate. Partecipazione a bandi competitivi e finanziamenti ottenuti. N. di professionisti coinvolti in progetti di ricerca. Grado di integrazione tra attività clinica e ricerca.	Complessivamente + 2-3% nel triennio 2026-2028 rispetto al 2025
4. Investire nel capitale umano.	Nuova policy del personale ricerca. N. periodo di formazioni estero/personale. Introduzione di meccanismi premiali legati alla performance, sia dei ricercatori che dei clinici che collaborano. % unità di personale di FDG che viene stabilizzato a livello contrattuale al termine dei progetti di ricerca.	Almeno 1% delle unità di personale che lavorano a progetti di ricerca sono stabilizzate.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

Sostenibilità economica e organizzativa della Fondazione anche attraverso la valorizzazione dei meccanismi diretti e indiretti generati dalle attività scientifiche.

L'attività di ricerca rappresenta per la Fondazione un ambito strategico ad alto valore, pur caratterizzato da una sostenibilità economica diretta complessa nel breve periodo.

Dal punto di vista degli effetti economici diretti, la ricerca contribuisce ai ricavi della Fondazione attraverso finanziamenti pubblici, grant competitivi e collaborazioni scientifiche. Questi finanziamenti si configurano per loro natura come contributi al sostenimento dei costi della ricerca istituzionale nel suo insieme, che deve comunque configurarsi come un investimento strategico direttamente supportato dalla Fondazione.

Accanto a questi elementi, la ricerca genera rilevanti effetti economici indiretti, che incidono in modo significativo sulla sostenibilità complessiva nel medio-lungo periodo. In particolare, l'attività di ricerca consente di:

- Migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari e riabilitativi offerti, con effetti positivi sull'attrattività delle strutture e sulla capacità di generare ricavi da attività clinica.
- Rafforzare il posizionamento della Fondazione come centro di eccellenza, aumentando la capacità di attrarre pazienti, professionisti qualificati e partnership istituzionali.
- Accedere più facilmente a finanziamenti, bandi e collaborazioni, grazie alla credibilità scientifica acquisita.
- Favorire l'innovazione nei modelli di cura, con potenziali benefici in termini di efficienza operativa e riduzione dei costi nel tempo.
- Generare opportunità di sviluppo futuro, anche attraverso trasferimento tecnologico, sperimentazioni e nuove linee di attività.

L'attività di ricerca contribuisce anche in modo significativo a migliorare l'accesso e l'equità delle cure, attraverso lo sviluppo di soluzioni innovative in grado di ridurre le principali barriere all'assistenza sanitaria. In particolare, l'adozione di modelli di cura innovativi, anche basati su tecnologie digitali e approcci domiciliari, consente di ampliare la platea di pazienti trattabili, includendo soggetti fragili o con difficoltà di accesso ai servizi tradizionali. Questo si traduce in un aumento della capacità di presa in carico e in una maggiore saturazione delle strutture.

In questo senso, la ricerca rappresenta un investimento strategico capace di generare valore economico diffuso, contribuendo in modo sostanziale alla resilienza e alla crescita sostenibile della Fondazione.

TABELLA 13. ANALISI IRO – LA SOSTENIBILITÀ DELLA RICERCA IN FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.

IMPATTI	L'attività di ricerca della Fondazione genera impatti positivi rilevanti attraverso lo sviluppo e il trasferimento di soluzioni innovative nella pratica clinica, contribuendo al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'accessibilità dei servizi sanitari. In particolare, l'innovazione tecnologica consente di ottimizzare i percorsi di cura, ridurre la complessità degli interventi e migliorare gli esiti clinici, con effetti positivi sull'utilizzo delle risorse e sulla qualità complessiva dell'assistenza. Parallelamente, la ricerca favorisce l'adozione di modelli di cura più inclusivi, in grado di ampliare l'accesso ai servizi anche per pazienti fragili o con difficoltà di accesso, contribuendo a ridurre le disuguaglianze. Tali impatti si traducono in benefici economici indiretti per l'organizzazione, tra cui maggiore capacità di presa in carico, ottimizzazione dei costi operativi e rafforzamento della sostenibilità nel medio-lungo periodo.
RISCHI	La sostenibilità delle attività di ricerca richiede un impegno continuativo in termini di risorse umane, tecnologiche e infrastrutturali. In questo contesto, è importante considerare che, nel modello degli enti di ricerca e degli IRCCS, la ricerca istituzionale rappresenta un ambito strategico che non è destinato a essere integralmente sostenuto da finanziamenti esterni, ma richiede un investimento diretto da parte dell'Ente. Tale investimento è motivato dalla consapevolezza dei benefici complessivi generati dalla ricerca, anche in termini indiretti.
OPPORTUNITÀ	Il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica consente di migliorare l'efficienza operativa e la qualità dei servizi, creando le condizioni per un aumento della capacità produttiva e per lo sviluppo di nuove linee di attività ad alto valore aggiunto. Parallelamente, il rafforzamento dell'accesso e dell'equità delle cure permette di ampliare la platea di pazienti e di intercettare nuovi bisogni sanitari.

→ *Rif. ESRS_2_SBM_1; ESRS_2_SBM_3; ESRS_S1.*

Tenuto conto dell'analisi IRO relativa alla sostenibilità della ricerca, i paragrafi seguenti definiscono gli obiettivi che vuole conseguire la Fondazione e le relative strategie per il periodo 2026-2030.

OBIETTIVO VII. Aumentare il contributo della ricerca attraverso meccanismi indiretti

TABELLA 14. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO VII.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Sviluppare un sistema strutturato di monitoraggio e valorizzazione degli impatti economici indiretti della ricerca.	Valore annuo overhead da progetti competitivi.	Monitoraggio annuale dal 2027.
	% copertura costi personale ricerca e clinico su fondi esterni.	Incremento progressivo annuale % copertura costi (es. +2-3%).
2. Valorizzazione degli asset strategici (dati, biobanca, capitale umano).	N. campioni disponibili per ricerca collezionati in biobanca N. studi sviluppati a partire da database clinici o registri interni. N. campioni biologici utilizzati per studi (biobanca). N. progetti che integrano dati clinici e ricerca.	Definizione e strutturazione dei dataset disponibili entro 2027. Attivazione progressiva di studi basati su dati clinici interni.

3. Attività di formazione *on the job*.	Valore del capitale umano formato (ricercatori, dottorandi, etc.). N. dei partecipanti alle attività di formazione dedicate	+ 2 % nel 2026 rispetto al 2025
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

OBIETTIVO VIII. Generazione di innovazione tecnologica trasferita alla pratica clinica

TABELLA 15. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO VIII.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Promuovere acquisizione e sviluppo di tecnologie innovative tramite fondi di ricerca.	Valore economico tecnologie acquisite con fondi di ricerca/anno.	Importo annuale investito in acquisto o noleggio
2. Favorire il trasferimento alla pratica clinica.	N. di tecnologie ad "alto interesse innovativo" acquistate con fondi di ricerca.	N. tecnologie o dispositivi.
	N. tecnologie trasferite dai laboratori alla pratica clinica.	N. tecnologie o dispositivi.
	N. pazienti trattati con tecnologie della ricerca.	N. pazienti.
	N. di accordi "conto terzi" per progetti di co-design e co-sviluppo con aziende.	N. accordi.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

OBIETTIVO IX. Capacità della ricerca di migliorare accesso ed equità delle cure.

TABELLA 16. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO IX.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Promuovere l'accesso dei pazienti a terapie innovative e sperimentali attraverso la partecipazione a trial clinici e lo sviluppo di protocolli di ricerca.	N. di pazienti arruolati in trial clinici.	Incremento progressivo.
2. Favorire equità e sostenibilità dell'accesso.	Valore economico stimato delle terapie erogate tramite trial. Riduzione costi SSR per trattamento da trial.	Monitoraggio e incremento progressivo.
3. Sviluppare nuovi servizi basati su ricerca.	N. protocolli che introducono nuove opzioni terapeutiche.	Incremento progressivo.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

4.3 Qualità e sicurezza delle cure

La sicurezza del paziente rappresenta un valore fondamentale e un impegno prioritario per Fondazione. Il terzo aspetto di sostenibilità identificato dalla Direzione come pilastro strategico riguarda infatti la qualità e la sicurezza delle cure. Sebbene la missione di Fondazione trovi le sue radici nei valori storici del soccorso e dell'accoglienza, la moderna gestione di un Ente sociosanitario di tale complessità richiede che l'eccellenza clinica sia analizzata attraverso la lente della doppia materialità.

Dal punto di vista dell'impatto, la capacità di garantire percorsi sicuri e terapie appropriate incide direttamente sul benessere e sul recupero funzionale di migliaia di pazienti fragili ogni anno. Parallelamente, sotto il profilo della materialità finanziaria, l'adozione di protocolli di sicurezza e di sistemi di gestione del rischio clinico costituisce un presidio fondamentale contro i rischi di contenzioso, garantisce la conformità ai sempre più stringenti requisiti di accreditamento e rafforza il legame di fiducia con il personale sanitario, riducendo il turnover e attraendo competenze di alto profilo.

Nei paragrafi che seguono, tale pilastro viene declinato in due temi specifici: la gestione del rischio clinico a livello trasversale e il progetto di appropriatezza e sicurezza terapeutica dedicato specificamente alle RSA, analizzati entrambi attraverso la metodologia IRO per evidenziarne le ricadute strategiche nel breve e medio termine.

Rischio clinico in FDG

La sicurezza del paziente rappresenta il valore fondamentale e l'impegno prioritario per Fondazione contribuendo di fatto in modo determinante all'impatto sulla salute e sullo stato di benessere dei suoi pazienti e ospiti. In particolare, in tutti i *setting* di degenza e ambulatoriali, siano essi riabilitativi o residenziali, sanitari o sociosanitari, la gestione del rischio clinico assume un ruolo strategico per garantire la qualità delle cure, tutelare la salute delle persone assistite e promuovere una cultura organizzativa orientata alla prevenzione degli eventi avversi.

L'approccio di gestione del rischio clinico è fondato su una architettura procedurale formalizzata, corredata di opportuni indicatori di monitoraggio.

→ *Rif. ESRS_2_GOV_1; ESRS_2_GOV_2; ESRS_2_GOV_3; ESRS_2_GOV_4.*

Questa funzione è assegnata, all'interno della Direzione Medica e Socioassistenziale di Fondazione, a un Clinical Risk Manager nominato dalla Direzione Generale. Le responsabilità sono precise e codificate:

- Promuovere, all'interno del sistema di gestione della Fondazione, le politiche e le metodologie del risk management sanitario e la standardizzazione di metodologie e procedure per la sicurezza dei processi sanitari, anche attraverso la condivisione di buone pratiche.
- Supportare lo sviluppo di una rete di referenti del rischio clinico territoriali e coordinare le attività condotte nelle aree territoriali.

- Contribuire alla conduzione e promozione del risk assesment nelle strutture di Fondazione.
- Diffondere e utilizzare gli strumenti di monitoraggio e analisi degli eventi significativi anche attraverso la conduzione di audit.
- Riferire periodicamente e secondo necessità alla propria Direzione in merito alle evidenze emerse a seguito di audit, verifiche e controlli svolti nelle Strutture sui temi di propria pertinenza, e alle eventuali azioni di miglioramento attivate.
- Curare, in collaborazione con il Servizio Formazione, la formazione e l'aggiornamento del personale impegnato nel sistema di gestione del rischio clinico.
- Sviluppare e implementare una nuova cultura di gestione dei sinistri in ambito sanitario secondo un approccio *no blame*, in collaborazione con le altre funzioni interne di pertinenza.

→ *Rif. ESRS_2_SBM_1*.

I rischi principali, ascrivibili ai setting erogati in Fondazione, sono mutuati dalle Raccomandazioni Ministeriali e dall'analisi della tipologia di setting erogati e relativa popolazione afferente, e sono: a) utilizzo sangue ed emoderivati; b) trasferimenti; c) suicidio; d) trasporti; e) violenza su paziente e utenti; f) ambito post-chirurgico; g) violenza sugli operatori; h) identificazione paziente; i) utilizzo di dispositivi ed apparecchiature; l) ventilazione; m) fumo e ossigenoterapia; n) ritardo e omissione di diagnosi; o) sicurezza del farmaco; p) *wandering*; q) lesioni da pressione e ferite difficili; r) idratazione, nutrizione e disfagia; s) cadute; t) infezioni correlate all'assistenza; u) isolamento relazionale ed emotivo, fragilità e solitudine.

Tutte queste dimensioni vengono periodicamente mappate e riaggiornate in una matrice del rischio specifica per ciascuna struttura, suddividendo i rischi nelle categorie "assente", "basso", "medio/basso" ed "elevato". Ciascuna Struttura, in base alla propria mappatura, stende e implementa un Piano del Rischio Clinico annuale.

→ *Rif. ESRS_2_GOV_4*.

Il Clinical Risk Manager (di seguito anche CRM) si avvale di una serie di fonti di dati, funzionali all'analisi continua degli elementi che rappresentano fattori di input nella gestione del rischio clinico. Le fonti principali sono:

- *Incident reporting* (eventi avversi).
- Survey cadute.
- Report osservazioni lavaggio mani.
- Report consumo gel lavamani.
- Attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

→ *Rif. ESRS_2_SBM_1; ESRS_2_SBM_3; ESRS_2_GDR_P*.

Grazie a un modello di diffusione a rete di questa funzione, a partire da un centro unico direzionale, presidiata individuando una molteplicità di referenti locali, FDG riesce a garantire la stessa attenzione

e gli stessi strumenti e metodologie di monitoraggio, analisi e azioni di eventuali correzioni necessarie in tutti i suoi presidi ospedalieri e territoriali di tutte le nove regioni in cui FDG è presente.

Il rischio è altrimenti quello di perdere attrattività di pazienti ed utenti, e dei più importanti stakeholder istituzionali, laddove la reputazione di buon governo clinico non sia ottima, con rischio di incremento di richieste risarcitorie da sinistrosità e sanzioni normative per conformità a leggi e linee guida, specie rispetto alle più recenti evoluzioni normative per il mantenimento dell'accreditamento sanitario e le relative declinazioni (es. contratti). Un ulteriore elemento da considerare è il rapporto tra buon governo del rischio clinico e la forza lavoro professionale (medici, infermieri, terapisti e personale sanitario), che può diventare critico in situazioni di scarso controllo e gestione del rischio clinico.

Le attività della GRC sono, in Fondazione, rivolte quindi alla prevenzione e riduzione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, e alla loro mitigazione o correzione. In particolare, vengono svolti periodicamente degli audit organizzativi volti a individuare eventuali non conformità rispetto agli standard previsti dalle norme interne. Vengono inoltre realizzati periodicamente dei campionamenti sugli aspetti più critici quali studi di prevalenza (PPS) delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), adesione alle buone pratiche per il lavaggio delle mani, studi sulla frequenza di cadute e di rischio ambientale delle stesse e su tutti gli altri settori sopra ricordati.

È da sottolineare in particolare lo studio di prevalenza delle ICA in quanto Fondazione ha una missione prevalentemente orientata a pazienti fragili.

Mediante lo studio di prevalenza, che viene svolto una volta all'anno, vengono monitorati tutti gli ospiti/pazienti delle Strutture di Ricovero (circa 2.600 in totale), mentre i soli setting riabilitativi vengono sottoposti alla medesima indagine 2 volte all'anno. Si tenga presente che circa 1.200 di questi sono ospiti di RSA, mentre 1.400 sono pazienti in trattamento riabilitativo (dall'iper-intensività alla riabilitazione estensiva).

Questi ultimi sono sempre più complessi, con politerapie, spesso in fase subacuta da trasferimento da setting ospedalieri ad alta intensità. I dati di PPS confermano dati di prevalenza assolutamente buoni, specie nelle RSA con valori, nell'ultima rilevazione, di circa 1,3%, rispetto a uno standard italiano per questo *setting* che oscilla tra il 3% e il 5%. La differenza, che appare notevole, è sicuramente da riportare, oltre che alla stretta aderenza agli standard di assistenza specifici per questo *setting*, anche alla gestione medica delle strutture che garantisce una gestione clinica precoce, una continuità assistenziale rispetto al modello gestito dalla sola medicina generale, prevalente in molte strutture residenziali di questo tipo.

Uno degli obiettivi principali del CRM per il 2026-2027 è la revisione sistematica e ragionata del cruscotto di indicatori di monitoraggio. In stretto coordinamento con il Dipartimento Qualità Ambiente, Sicurezza e Energia (QuAS), infatti, è attivo un gruppo di lavoro che ha il compito di analizzare l'intero panel di indicatori attualmente presenti su tutta Fondazione, per operare un'ottimizzazione della dashboard complessiva.

L'obiettivo è quello di rendere il più possibile omogenea la lettura dei dati provenienti dalle Strutture, in considerazione dei vincoli presenti (parziale informatizzazione della documentazione sanitaria, estrema variabilità di setting erogati, normative regionali incidenti con diverse cogenze), e della

contemporanea necessità di raccogliere le informazioni fondamentali alla corretta gestione del rischio clinico.

Tale progetto consentirà, una volta completato, di avere un unico punto di raccolta e di lettura del cruscotto, e di poter quindi operare valutazioni di merito interne alla struttura e di benchmark tra strutture omogenee e/o setting sovrapponibili.

TABELLA 17. ANALISI IRO PER RISCHIO CLINICO IN FDG.

IMPATTI	La struttura ben definita di GRC e la sua organizzazione a rete in tutti i presidi di FDG garantiscono il miglioramento degli esiti clinici in termini di riduzione delle complicanze, delle infezioni e degli eventi avversi e aumenta la sicurezza del paziente lungo tutto il percorso assistenziale. La funzione di GRC contribuisce a rafforzare la cultura della sicurezza fra tutti gli operatori sanitari e a creare un clima di fiducia dei pazienti, dei caregiver e delle istituzioni locali e nazionali.
RISCHI	Operativi: disomogeneità normativa e gestionale tra i 9 territori regionali e difficoltà nel passaggio da una visione locale a una sistemica, con conseguente frammentazione dei processi, in particolare nella formazione continua sul rischio clinico. Socio-economici: un elevato turnover del personale sanitario compromette la continuità assistenziale e la stabilità delle competenze core nel governo del rischio. Legali ed economici: aumento degli importi versati per sinistri in regime di SIR (*Self Insured Retention*) rispetto alle franchigie assicurative.
OPPORTUNITÀ	Posizionamento: opportunità di porsi come interlocutore chiave per le istituzioni rispondendo alle necessità del territorio, attraverso un rafforzamento del ruolo di FDG come eccellenza nella riabilitazione, con migliore accesso a finanziamenti, accreditamenti e partnership. Allineamento a standard ESG e best practice internazionali. Innovazione: consolidamento della traslazionalità tra ricerca e clinica per l'adozione di buone pratiche basate su evidenze, anche attraverso la digitalizzazione delle informazioni cliniche, la possibilità di una maggiore qualità di analisi dei dati e la possibilità di sviluppo di sistemi specifici di strumenti di supporto alle decisioni cliniche.

→ *Rif. ESRS_S3; ESRS_S4.*

OBIETTIVO X. Consolidare e potenziare la rete GRC su tutti i presidi ospedalieri e territoriali attraverso azioni mirate sui dati di monitoraggio.

TABELLA 18. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO X.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-28*
1. Stabilizzazione dei componenti della rete.	% centri con RM nominato e formato.	90% nel 2027; 100% nel 2028.
2. Coinvolgimento delle Strutture nella gestione dei sinistri.	Costituzione del consiglio dei sanitari.	Costituzione entro 2027.
3. Revisione del cruscotto di indicatori.	Cruscotto revisionato.	Revisione effettuata entro il 6/2027.
4. Revisione attività lavaggio mani.	Implementazione di un nuovo Piano lavaggio mani.	Piano definito entro 2027.
5. Monitoraggio antibiotico-terapia.	Strutturazione cruscotto antibiotico-terapia.	Strutturazione effettuata entro 6/2027.

→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.* → *Rif. ESRS_2_GDR_M.* → *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

Appropriatezza e sicurezza terapeutica nelle RSA

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nei pazienti ospitati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è un processo clinico strutturato che mira a ottimizzare la terapia farmacologica attraverso una revisione sistematica dei farmaci in uso. Questo approccio si concentra in particolare sui soggetti anziani e fragili, per i quali l'assunzione di numerosi farmaci può comportare rischi significativi. Nella popolazione di età ≥65 anni è stato valutato che la prevalenza d'uso di 7 o più farmaci o classi farmacologiche è potenzialmente inappropriato, poiché l'utilizzo di molti principi attivi comporta rischi maggiori rispetto ai potenziali benefici.

Il processo prevede innanzitutto una valutazione critica dell'intera terapia farmacologica, tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente, della sua aspettativa di vita, degli obiettivi di cura e delle sue preferenze.

Sulla base di esperienze già pubblicate, l'applicazione dei criteri START (*Screening Tool to Alert to Right Treatment*) e STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*), sviluppati in Europa, consente di procedere con la riconciliazione farmacologica, processo nel quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente (evidenziati nella ricognizione) con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta, sicura e corrispondente all'insieme delle prescrizioni riportate sul foglio unico di terapia (FUT) e quindi sospendere o modificare dei farmaci che non apportano più benefici clinici, che risultano inappropriati o che possono causare effetti avversi.

TABELLA 19. ANALISI IRO PER APPROPRIATEZZA E SICUREZZA TERAPEUTICA NELLE RSA.

IMPATTI	Promuovere e realizzare iniziative di *medical review* (revisione della terapia) e *deprescribing* nelle RSA è importante per diversi motivi legati alla sicurezza, alla qualità della vita e all'efficacia delle cure negli anziani fragili. Infatti, gli ospiti sono spesso in politerapia farmacologica e ciò può determinare effetti collaterali, errori terapeutici e interazioni farmacologiche che spesso, in questo tipo di persone, possono determinare il ricorso ad accessi al pronto soccorso, al ricovero in ospedale ed anche a complicanze gravi. Queste iniziative lavorano quindi sia sulla sicurezza e qualità delle cure degli ospiti che sulla ottimizzazione delle risorse con minori costi e minore utilizzazione di accessi al PS e ricoveri ospedalieri.
RISCHI	Viene richiesto uno sforzo importante sulla formazione degli operatori, in particolare medici, farmacisti e personale infermieristico, sia sulle competenze specifiche che sulla organizzazione del lavoro multidisciplinare, quindi con un maggior utilizzo di risorse sanitarie, in termini di tempo e/o numero di personale. È poi necessario un maggior tempo medico nell'interazione ed orientamento dei familiari degli ospiti e dei loro medici di medicina generale per la condivisione dei nuovi percorsi farmacologici ed evitare una possibile perdita di fiducia da parte dei familiari e *care-giver*.

OPPORTUNITÀ	Riduzione dei costi farmaceutici, riduzione di ricoveri inappropriati o accessi al pronto soccorso con una maggiore considerazione e reputazione da parte della committenza privata e pubblica e posizionamento della Fondazione come modello di buona pratica anche in questo settore. Maggiore efficienza organizzativa con migliore coordinamento del team multidisciplinare e presenza di protocolli strutturati e condivisi fra operatori e *care-giver* e MMG.

→ *Rif. ESRS_S3; ESRS_S4.*

OBIETTIVO XI. Consolidare e ampliare progressivamente le azioni di riconciliazione terapeutica e di revisione farmacologica per garantire una maggiore sicurezza agli ospiti.

TABELLA 20. STRATEGIA 2026-30 PER OBIETTIVO XI.

AZIONE	*KPI*	*TARGET 2026-30*
1. Estendere la progettualità a tutte le RSA.	% di RSA con progetto sistematizzato.	75% delle RSA entro il 2027; 100% delle RSA entro il 2028.
2. Estendere la progettualità a tutte le RSD e ulteriori strutture residenziali sociosanitarie.	% strutture con progetto sistematizzato.	75% entro il 2028.
→ *Rif. ESRS_2_GDR_A.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_M.*	→ *Rif. ESRS_2_GDR_T.*

4.4 Due diligence

A valle della descrizione degli IRO identificati da Fondazione in questo primo Report, merita un approfondimento specifico il tema della *Due Diligence* (→ *Rif.* ESRS_2_GOV_3). La CSRD e gli standard ESRS richiedono infatti di indicare in modo chiaro dove, all'interno della dichiarazione di sostenibilità, siano riportati i principali passaggi del processo di *Due Diligence* (DD).

Riportiamo di seguito la definizione di DD estratta da ESRS 1:

> *La due diligence è il processo attraverso il quale l'impresa identifica, previene, mitiga, bonifica e pone fine agli impatti negativi reali e potenziali sulle persone e sull'ambiente legati alla sua attività. La descrizione di tale processo è disponibile negli strumenti internazionali dei Principi Guida delle Nazioni Unite su imprese e diritti umani e nelle Linee guida OCSE per le imprese multinazionali. La due diligence è una pratica continua che risponde e può innescare cambiamenti nella strategia, nel modello di business, nelle attività, nei rapporti commerciali, nel contesto operativo, di approvvigionamento e vendita dell'impresa.*

Nella Tabella 21 seguente riportiamo la mappatura dei passaggi di DD nei tre temi trattati.

TABELLA 21. MAPPATURA DELLA DUE DILIGENCE NEI TEMI MATERIALI DI FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.

FASE DUE DILIGENCE	*DESCRIZIONE SINTETICA*	*DOVE NEL REPORT*	*RIFERIMENTO ESRS*
1. Integrazione nella governance e strategia.	Integrazione ESG nei processi decisionali.	Capitolo 4.	ESRS_2_GOV_1 ESRS_2_GOV_2 ESRS_2_GOV_4

			ESRS_2_SBM_3 ESRS_2_GDR_P
2. Identificazione impatti, rischi e opportunità (IRO).	Analisi doppia materialità.	Capitolo 4.	ESRS_2_IRO_1 ESRS_2_IRO_2
3. Azioni di prevenzione e mitigazione.	Policy e azioni operative.	Sezioni tematiche Capitolo 5.	ESRS_2_GDR_A
4. Monitoraggio efficacia.	KPI e controlli.	Sezione metriche Capitolo 5.	ESRS_2_GDR_M ESRS_2_GDR_T
5. Comunicazione e reporting.	Informativa verso stakeholder.	Intero report.	-
6. Meccanismi di rimedio.	Canali di segnalazione.	Sezioni tematiche.	-

5. La rendicontazione VSME

5.1 Informativa generale

Il presente report riguarda l'organizzazione Fondazione ed è redatto su base volontaria.

L'organizzazione è identificata con Partita IVA 12520870150 e Codice Fiscale 04793650583. Il periodo di riferimento per la rendicontazione va dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025. In aggiunta ai dati raccolti in riferimento all'ultima annualità, sono presentate anche le serie storiche di dati, riferite al periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2024.

Il report è redatto in conformità al *Voluntary Sustainability Reporting Standard for non-listed Small and Medium Enterprises* (VSME ESRS) di EFRAG. Lo Standard VSME offre la possibilità di redigere il Report di sostenibilità utilizzando uno o entrambi i moduli previsti: il modulo base (Opzione A) o il modulo base e il modulo completo (Opzione B).

Per una migliore consultazione delle informazioni generali, i requisiti di informativa e le metriche[1] sono riorganizzate e descritte nei seguenti paragrafi:

- B1. Basi della preparazione.
- B2-C2. Pratiche, politiche e iniziative per la transizione a un'economia più sostenibile.
- C1. Modello di business e sostenibilità.

B1. Basi per la preparazione della rendicontazione

24(a). Per garantire una rendicontazione completa e trasparente sulle proprie questioni di sostenibilità, FDG ha scelto di applicare l'Opzione B dello Standard VSME, che include sia il modulo base che il modulo completo.

24(b). La presente relazione sulla sostenibilità presenta tutte le informazioni richieste dallo standard VSME ESRS. Non è stata omessa alcuna informativa tra quelle richieste dai moduli selezionati per ragioni di riservatezza o sensibilità dei dati.

24(c). La rendicontazione è svolta su base individuale.

24(e). FDG è una Fondazione di diritto privato ovvero un Ente del Terzo Settore (ETS) iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) al n. di repertorio 164252. Inoltre, Fondazione è riconosciuta dal Ministero della Salute come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per le sedi di Milano e Firenze. FDG opera nei settori di attività con codice NACE 86.10 (Attività ospedaliere).

Sotto il profilo economico-dimensionale, la Fondazione ha registrato risultati rendicontati con i seguenti indicatori per il biennio 2024-25.

Esercizio 2024:

[1] Per ogni informativa o metrica riportata si riporta il riferimento al *Disclosure Requirement* (DR) riportato nello standard.

- Ricavi totali per 315,31 milioni di euro.
- Un organico di 4.005 dipendenti.
- Un patrimonio netto di 89,65 milioni di euro.
- Un attivo patrimoniale di 304,73 milioni di euro.

Esercizio 2025:

- Ricavi totali per 326,51 milioni di euro.
- Un organico di 3.986 dipendenti.
- Un patrimonio netto di 88,20 milioni di euro.
- Un attivo patrimoniale di 296,67 milioni di euro.

24(e)(vii). La sede legale di FDG, nonché sede della Presidenza e della Direzione Generale è in via Carlo Girola 30, 20162 Milano. L'organizzazione opera in 9 regioni italiane grazie a 25 centri e 28 ambulatori territoriali, evidenziati anche nella seguente Figura 2 e descritti in forma analitica nella Tabella 22.

FIGURA 2. LOCALIZZAZIONE DELLE SEDI DELLA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.



TABELLA 22. ELENCO DELLE SEDI DI FDG.

NOME	*INDIRIZZO*	*CAP*	*CITTÀ*	*PAESE*	*COORDINATE*
IRCCS S. Maria Nascente	Via A. Capecelatro, 66	20148	Milano	Italia	45,4734°N; 9,13278°E
IRCCS Don Carlo Gnocchi	Via di Scandicci, 269	50143	Firenze	Italia	43,7592378°N; 11,2072139°E
Istituto Palazzolo – Don Gnocchi	Via Don Luigi Palazzolo, 21	20149	Milano	Italia	45,4892853°N; 9,1444533°E
Centro Girola – Don Gnocchi	Via Carlo Girola, 30	20162	Milano	Italia	45,5120599°N; 9,1923729°E
Centro Vismara – Don Gnocchi	Via dei Missaglia, 117	20142	Milano	Italia	45,4075751°N; 9,1748986°E
Centro S. Maria al Castello	Piazza Castello, 22	20042	Pessano con Bornago	Italia	45,5509153°N; 9,3846723°E
Centro Multiservizi di Legnano	Via Galileo Ferraris, 30	20025	Legnano	Italia	45,5977301°N; 8,9308445°E
Hospice S. Maria delle Grazie	Via Montecassino, 8	20900	Monza	Italia	45,5909415°N; 9,286194°E
Centro Ronzoni Villa – Don Gnocchi	Viale Piave, 12	20831	Seregno	Italia	45,6552112°N; 9,1940729°E
Centro S. Maria alla Rotonda	Via privata D'Adda, 2	22044	Inverigo	Italia	45,7409424°N; 9,2194176°E
Centro S. Maria al Monte	Via Nizza, 6	21046	Malnate	Italia	45,794478°N; 8,8780398°E
Centro E. Spalenza – Don Gnocchi	Via Camillo Golgi, 1 – accesso da Largo Paolo VI	25038	Rovato	Italia	45,5648489°N; 9,9980646°E
Centro S. Maria alle Fonti	Viale Mangiagalli, 52	27052	Godiasco - Salice Terme	Italia	44,9107105°N; 9,0274625°E
Centro S. Maria ai Colli - Presidio Sanitario Ausiliatrice	Viale Settimio Severo, 65	10131	Torino	Italia	45,0503476°N; 7,6949271°E
Centro S. Maria dei Poveri Polo Riabilitativo del Levante Ligure	Via Fontevivo, 127	19125	La Spezia	Italia	44,1253905°N; 9,8409149°E
Centro S. Maria alla Pineta	Via Don Carlo Gnocchi, 24	54100	Marina di Massa	Italia	44,0169041°N; 10,0854041°E

NOME	*INDIRIZZO*	*CAP*	*CITTÀ*	*PAESE*	*COORDINATE*
Polo Specialistico Riabilitativo	Via don Carlo Gnocchi	54013	Fivizzano	Italia	44,2389079°N; 10,1300101°E
Centro S. Maria ai Servi	Piazzale dei Servi, 3	43121	Parma	Italia	44,8009804°N; 10,3346308°E
Centro Bignamini – Don Gnocchi	Via Matteotti, 56	60015	Falconara M.ma	Italia	43,6254973°N; 13,396146°E
Centro S. Maria della Pace	Via Maresciallo Caviglia, 30	00135	Roma	Italia	41,9385834°N; 12,4626411°E
Centro S. Maria della Provvidenza	Via Casal Del Marmo, 401	00166	Roma	Italia	41,9331688°N; 12,3816149°E
Centro S. Maria al Mare	Via Leucosia, 14	84131	Salerno	Italia	40,6536708°N; 14,806711°E
Polo Specialistico Riabilitativo	Via Quadrivio	83054	S. Angelo dei Lombardi	Italia	40,9307718°N; 15,162179°E
Centro Gala – Don Gnocchi	Via Gala	85011	Acerenza	Italia	40,7938816°N; 15,9206841°E
Polo Specialistico Riabilitativo	Via delle Matine	75019	Tricarico	Italia	40,6181149°N; 16,1483371°E
Ambulatorio Sesto San Giovanni	Via Carlo Marx, 111	20099	Sesto S. Giovanni	Italia	45,5299817°N; 9,2482983°E
Ambulatorio San Giuliano Mil.	Via Cavour, 15	20098	S. Giuliano Mil.	Italia	45,3976924°N; 9,2864446°E
Ambulatorio Cologno Monzese	Via A. Arosio, 2	20093	Cologno Monzese	Italia	45,5311527°N; 9,2852447°E
Ambulatorio Bollate	Via Galimberti, 9	20021	Bollate	Italia	45,5430424°N; 9,0999855°E
Ambulatorio Nerviano	Via Vittorio Veneto,12	20014	Nerviano	Italia	45,5552381°N; 8,9766921°E
Ambulatorio Canegrate	Via Olona, 1	20039	Canegrate	Italia	45,5691495°N; 8,9314125°E
Ambulatorio S. Stefano Ticino	Via Piave, 9	20010	S. Stefano Ticino	Italia	45,4888159°N; 8,9189503°E
Ambulatorio Lodi	Via Giuseppe Saragat	26900	Lodi	Italia	45,3017873°N; 9,4998557°E
Ambulatorio Casalpusterlengo	Via Fleming, 3	26841	Casalpusterlengo	Italia	45,1691747°N; 9,6515901°E
Ambulatorio Melzo	Via Pietro Mascagni, 3	20066	Melzo	Italia	45,4960295°N; 9,4262085°E

NOME	*INDIRIZZO*	*CAP*	*CITTÀ*	*PAESE*	*COORDINATE*
Ambulatorio Segrate	Viale Alessandro Manzoni, 2	20054	Segrate	Italia	45,5018783°N; 9,2898829°E
Ambulatorio Barlassina	Via Don Carlo Borghi, 4	20825	Barlassina	Italia	45,6606617°N; 9,1365266°E
Ambulatorio Lecco	Via Aspromonte, 30	23900	Lecco	Italia	45,8497035°N; 9,3909959°E
Ambulatorio Vimercate	Via Rossino	20871	Vimercate	Italia	45,608541°N; 9,388114°E
Ambulatorio Como	Via Carloni 26/30	22100	Como	Italia	45,804001°N; 9,0940448°E
Ambulatorio Guanzate	Via Mazza, 23	22070	Guanzate	Italia	45,7244853°N; 9,0087763°E
Ambulatorio Varese	Via Buenos Aires, 4	21100	Varese	Italia	45,8050278°N; 8,8390731°E
Poliambulatorio Don Gnocchi di Torino - Peyron	Via Peyron, 42	10143	Torino	Italia	45,079654°N; 7,6594383°E
Ambulatorio Don Gnocchi di Torino - Fortino	Strada del Fortino, 34bis	10152	Torino	Italia	45,0858114°N; 7,6778312°E
Ambulatorio Don Gnocchi	Via delle Casette, 64	53034	Colle Val d'Elsa	Italia	43,4222456°N; 11,1283735°E
Ambulatorio Casa della Salute “Parma Centro”	Largo Natale Palli, 1	43121	Parma	Italia	44,8067656°N; 10,3349228°E
Ambulatorio Ancona Nord	Via Velino, 2/3	60126	Ancona	Italia	43,6111817°N; 13,4493792°E
Ambulatorio Ancona Sud	Via Brecce Bianche, 74	60131	Ancona	Italia	43,5762269°N; 13,5137032°E
Ambulatorio Ancona Centro	Via Rismondo, 37	60123	Ancona	Italia	43,6185199°N; 13,5283731°E
Ambulatorio Camerano	Via Loretana, 45	60021	Camerano	Italia	43,5306198°N; 13,5551068°E
Ambulatorio Fano	Via del Ponte, 68	61032	Fano	Italia	43,828366°N; 13,0409807°E
Ambulatorio Osimo	Via C. Colombo, 128	60027	Osimo	Italia	43,4836064°N; 13,4829775°E

NOME	*INDIRIZZO*	*CAP*	*CITTÀ*	*PAESE*	*COORDINATE*
Ambulatorio Senigallia	Via Andrea Costa, 23-29	60019	Senigallia	Italia	43,7176666°N; 13,2179283°E

C1. Modello di business e sostenibilità

47(a). FDG opera nel settore della sanità e dell'assistenza, focalizzandosi sulla gestione della fragilità e della disabilità complessa. L'offerta si articola in quattro pilastri principali:

- Riabilitazione specialistica: servizi di degenza (3.766 posti letto accreditati ed operativi) e ambulatoriali (356.961 pazienti assistiti nel 2025) per il recupero di funzioni neurologiche, ortopediche e cardiorespiratorie. L'offerta include alcune unità per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA).
- Assistenza sociosanitaria: gestione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti, nuclei Alzheimer e centri diurni per persone con disabilità.
- Cure di fine vita: erogazione di cure palliative presso 3 hospice dedicati a malati oncologici terminali.
- Ricerca Scientifica (IRCCS): attività di ricerca traslazionale finalizzata all'innovazione clinica (esoscheletri, robotica), validata nel 2025 da 302 pubblicazioni scientifiche.

47(b). L'organizzazione opera prevalentemente nel mercato B2C (Business-to-Consumer), fornendo servizi direttamente ai pazienti.

L'attività interessa l'intero territorio nazionale italiano, con una presenza radicata in 9 Regioni (Lombardia, Piemonte, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania e Basilicata).

La maggior parte delle attività avviene in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), integrato da una quota di prestazioni in regime di solvenza (privati e fondi assicurativi).

47(c). Il modello operativo della Fondazione si poggia su una rete di relazioni strutturate lungo la catena del valore:

- Clienti e Consumatori: Pazienti e utenti fragili (circa 10.000 assistiti al giorno); Enti Pubblici (Regioni e ATS) in qualità di principali pagatori delle prestazioni accreditate.
- Fornitori Chiave: Fornitori di tecnologie mediche ad alta precisione, farmaci, oltre a partner logistici per servizi essenziali (Lavanolo, ristorazione sanitaria, igiene e pulizia, smaltimento rifiuti speciali) e per l'erogazione di servizi assistenziali.
- Canali di Distribuzione: Una rete fisica di 25 centri e 28 ambulatori, integrata da servizi di assistenza domiciliare (16.914 pazienti assistiti a domicilio nel 2025).

47(d). La strategia di sviluppo di Fondazione integra nativamente i fattori di sostenibilità sociale e di governance, facendoli coincidere con la propria missione istituzionale. Il pilastro centrale di questo approccio è l'equità sociale, che si traduce nell'impegno a erogare prestazioni sanitarie e riabilitative di alta specializzazione a prescindere dalla capacità di spesa del singolo utente. Questo orientamento garantisce che l'innovazione tecnologica e i risultati della ricerca scientifica prodotti dai due IRCCS del Gruppo siano accessibili a tutta la popolazione, inclusi i pazienti assistiti attraverso il SSN.

Tale modello di impatto sociale è reso sostenibile nel lungo periodo dalla natura giuridica dell'organizzazione: in quanto Ente del Terzo Settore Non Commerciale, Fondazione svolge le attività

di interesse generale (ivi incluse quelle accreditate o contrattualizzate o convenzionate con le amministrazioni pubbliche), svolte a titolo gratuito ovvero dietro versamento di corrispettivi che non superano i costi effettivi, adottando un modello di reinvestimento integrale degli avanzi di gestione. Pertanto, ogni risorsa generata viene destinata esclusivamente al potenziamento delle infrastrutture assistenziali, all'acquisizione di tecnologie d'avanguardia e al finanziamento della ricerca traslazionale, assicurando così la continuità e l'evoluzione dell'opera a beneficio della collettività.

Infine, la resilienza e l'efficacia della strategia aziendale poggiano sulla valorizzazione del capitale umano, inteso come l'integrazione sinergica tra le competenze professionali dei circa 6.000 operatori di Fondazione (fra dipendenti e collaboratori) e l'apporto etico di circa 680 volontari. Questo ecosistema di persone non rappresenta solo una risorsa operativa, ma costituisce l'elemento identitario fondamentale per garantire la qualità della cura e generare un impatto sociale misurabile e radicato sui territori in cui la Fondazione opera.

B2 e C2. Pratiche, politiche e iniziative per la transizione a un'economia più sostenibile.

Fondazione persegue una strategia di transizione verso un'economia più sostenibile che coniuga l'efficienza operativa con la responsabilità sociale e ambientale, in coerenza con la propria natura di Ente del Terzo Settore. Le pratiche e le politiche adottate riflettono un impegno multidimensionale che spazia dalla gestione delle risorse fisiche alla valorizzazione del capitale umano e sociale.

26(a). Sul fronte ambientale, l'impegno di Fondazione si traduce in un percorso di certificazione strutturato: i siti strategici, quali gli IRCCS di Milano e Firenze, operano in conformità allo standard ISO 14001, garantendo una gestione rigorosa della prevenzione dell'inquinamento e il monitoraggio costante degli impatti. In ambito energetico, sono in corso interventi di efficientamento (illuminazione LED, riqualificazione impiantistica) volti alla riduzione progressiva dell'impronta di carbonio. Sul piano sociale, l'erogazione delle cure è disciplinata dalla Carta dei Servizi, che assicura standard qualitativi elevati e la centralità dell'utente nel percorso riabilitativo.

26(b). La sostenibilità è integrata strutturalmente nella governance attraverso un corpus di documenti pubblici e vincolanti. Oltre al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (ex D.lgs. 231/01) e al Codice Etico Comportamentale, Fondazione ha formalizzato la propria visione nella Politica del Sistema di Gestione Integrato. Tale documento definisce i pilastri del "Far bene il bene", impegnando l'Organizzazione a ridurre l'impatto ambientale, promuovere l'uso razionale dell'energia e garantire la salute e sicurezza sul lavoro attraverso una valutazione sistematica dei rischi e una cultura diffusa della responsabilità.

26(c). L'organizzazione è protagonista di un'evoluzione continua delle proprie prassi. È attualmente in fase di implementazione l'iter per la certificazione ISO 50001, finalizzata all'ottimizzazione sistematica dei consumi energetici. Parallelamente, Fondazione ha intrapreso un percorso strutturato per l'adozione di una strategia di sostenibilità organica, che prevede l'identificazione dei temi ESG (*Environmental*, *Social*, *Governance*) materiali per l'Ente e i suoi *stakeholder*. Tale processo mira a tradurre i temi rilevanti in obiettivi strategici (*target*) e azioni concrete, integrando i criteri di sostenibilità nei processi decisionali e operativi, in coerenza con lo sviluppo del sistema di *Enterprise Risk Management* (ERM).

Questo quadro d'insieme evidenzia come Fondazione sia impegnata in un processo di evoluzione continua, volto a trasformare le prassi operative in politiche di sostenibilità sempre più strutturate, pubbliche e misurabili. In tal senso, i principali ambiti di sostenibilità attualmente coperti dalle pratiche e dalle politiche (fatti salvi gli impegni strategici e le iniziative in corso di implementazione descritti nei paragrafi precedenti e nel capitolo relativo alla strategia) sono riportati sinteticamente nella tabella che segue.

TABELLA 23. PRESENZA DI PRATICHE, POLITICHE E FUTURE INIZIATIVE NEL BIENNIO 2024-25 (78).

AMBITO	*ESISTENZA DI PRATICHE, POLITICHE E INIZIATIVE FUTURE DI SOSTENIBILITÀ CHE AFFRONTANO IL TEMA*	*SONO DISPONIBILI PUBBLICAMENTE?*	*LE POLITICHE IN ESSERE PREVEDONO DEI TARGET?*
Cambiamento climatico	SI	SI	SI
Inquinamento	SI	SI	SI
Acqua e risorse marine	NO	-	-
Biodiversità ed ecosistemi	NO	-	-
Economia circolare	SI	NO	NO
Forza lavoro propria	SI	SI	SI
Lavoratori nella catena del valore	NO	-	-
Comunità interessate	SI	SI	SI
Consumatori e utenti finali	SI	SI	SI
Condotta aziendale	SI	SI	SI

48. Fondazione gestisce le proprie strutture con l'obiettivo costante di mantenere un elevato livello di servizio e di ottenere la soddisfazione del paziente. A tal fine, persegue politiche strutturate e sistemi di gestione certificati, i cui dettagli e responsabilità sono sintetizzati nella tabella seguente.

49. La Direzione Generale rappresenta il massimo livello responsabile per l'attuazione e il controllo delle pratiche, delle politiche e delle iniziative di sostenibilità dell'Ente. A supporto di tale impegno, il Dipartimento QuAS (Qualità, Ambiente, Sicurezza ed Energia) coordina operativamente l'integrazione degli standard tecnici e il monitoraggio dei sistemi di gestione.

Il Consiglio di Amministrazione è responsabile dell'adozione del Modello 231 e degli indirizzi strategici ESG, mentre l'Organismo di Vigilanza (OdV) monitora l'efficacia del Modello stesso e il rispetto del Codice Etico, garantendo la coerenza tra la condotta aziendale e i valori fondativi di Fondazione.

TABELLA 24. BREVE DESCRIZIONE PRATICHE, POLITICHE E FUTURE INIZIATIVE PER 2024-25 (213).

AMBITO	*BREVE DESCRIZIONE DELLE PRATICHE, POLITICHE E INIZIATIVE FUTURE DI SOSTENIBILITÀ ADOTTATE*	*BREVE DESCRIZIONE DELLE FUTURE INIZIATIVE-TARGET INDIVIDUATI*
Cambiamento climatico	Politica SGI (MGF.49) per l'uso razionale dell'energia. Interventi di efficientamento LED e impiantistico per la riduzione dei GHG.	Completamento certificazione ISO 50001 e definizione di target di riduzione basati sulla baseline energetica. Responsabilità: – Direzione Generale. – Dipartimento QuAS.
Inquinamento	Sistemi di Gestione Ambientale ISO 14001. Procedure rigorose per gestione rifiuti sanitari e monitoraggio scarichi.	Estensione della certificazione 14001. Responsabilità: – Direzione Generale. – Responsabili di Struttura.
Economia circolare	Pratiche di ottimizzazione nella gestione dei materiali e dei rifiuti sanitari per favorire il recupero e ridurre lo smaltimento in discarica.	Rafforzamento delle politiche di acquisto sostenibile (*green procurement*). Responsabilità: – Direzione Generale. – Ufficio Acquisti.
Forza lavoro propria	Modello 231, Codice Etico e Politica SGI per garantire salute, sicurezza e parità di trattamento. Piani di formazione continua.	Consolidamento dei programmi di benessere organizzativo e potenziamento della formazione ESG per il gruppo dirigenziale. Responsabilità: – Direzione Risorse Umane. – Direzione Generale.
Comunità interessate	Rendicontazione sociale tramite il Bilancio di Missione. Progetti di assistenza e supporto sul territorio in linea con la natura di ETS.	Evoluzione della rendicontazione verso standard ESG per aumentare la trasparenza sugli impatti sociali generati. Responsabilità: – Amministrazione – Direzione Generale
Consumatori e utenti finali	Standard garantiti dalla Carta dei Servizi. Approccio di presa in carico globale e umanizzazione delle cure per la soddisfazione del paziente.	Digitalizzazione dei servizi al paziente e implementazione di sistemi avanzati di monitoraggio e ascolto dei pazienti. Responsabilità: – Direzione Sanitaria – Direzione Generale
Condotta aziendale	Presidio della legalità tramite Organismo di Vigilanza (OdV), *audit* periodici e rigorosa applicazione del Codice Etico.	Integrazione del sistema di *Enterprise Risk Management* (ERM) per il presidio sistemico dei rischi di compliance. Responsabilità: – Consiglio di Amministrazione – OdV

5.2 Metriche ambientali

Il capitolo ambientale della rendicontazione VSME si propone di informare gli *stakeholder* sugli aspetti ambientali più rilevanti per l'azienda, con l'obiettivo di fornire una descrizione chiara e dettagliata delle performance e delle iniziative intraprese in tale ambito.

C3. Obiettivi di riduzione dei gas serra e transizione climatica

54. FDG non ha ancora stabilito obiettivi formali di riduzione delle emissioni di gas serra per l'esercizio in esame. Tuttavia, grazie all'adozione del sistema di gestione dell'energia attualmente in corso, FDG potrà definire la propria baseline di riferimento e quindi obiettivi di decarbonizzazione dei prossimi anni.

C4. Rischi climatici

57. Fondazione ha avviato un processo strutturato di identificazione dei rischi e delle opportunità legate al clima, integrando tali valutazioni all'interno della propria strategia di gestione dei rischi. Rispetto a questa si riporta quanto segue:

- Identificazione dei rischi fisici: Fondazione ha identificato specifiche vulnerabilità delle proprie sedi legate a pericoli acuti (quali eventi meteorologici estremi ed esondazioni). Tali rischi sono attivamente presidiati attraverso l'integrazione di specifiche misure di mitigazione e adattamento nei piani di emergenza e nei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR). FDG si propone di affinare progressivamente la valutazione di tali esposizioni (es. estensione delle analisi anche ai rischi cronici) nell'ambito dell'attività di aggiornamento della mappatura esistente.
- Rischi di transizione: FDG riconosce che la transizione verso un'economia a basse emissioni può influenzare i costi operativi (es. volatilità dei prezzi energetici) e richiedere aggiornamenti tecnologici (es. obsolescenza impianti). Questi fattori sono oggetto di costante monitoraggio nell'ambito della strategia di efficientamento energetico e del sistema di gestione ISO 50001.
- Effetti finanziari anticipati: Fondazione non procede attualmente alla quantificazione puntuale degli effetti finanziari anticipati ma prevede di impegnarsi nello sviluppo di una metodologia di analisi degli scenari climatici e di stima degli impatti economici legati alla resilienza dei propri asset.

B4. Inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo

32. L'Organizzazione, operando nel settore dei servizi e non delle attività produttive industriali, non genera impatti significativi in termini di inquinamento atmosferico e del suolo. Tuttavia, FDG presidia con rigore gli impatti ambientali derivanti dai propri impianti tecnologici, operando in piena conformità alla normativa ambientale. Tale gestione è supportata dal Sistema di Gestione Ambientale certificato secondo lo standard ISO 14001, che garantisce il presidio sistematico di tutti gli aspetti ambientali rilevanti per le attività di Fondazione. Nelle sedi provviste di impianti soggetti a limiti di

emissione in atmosfera, FDG garantisce il rispetto delle prescrizioni e degli obblighi di monitoraggio previsti dalle Autorizzazioni Uniche Ambientali (AUA).

B3. Energia e riduzione delle emissioni di gas serra

29. La rendicontazione degli indicatori energetici qui presentata copre una porzione significativa delle sedi operative. Sono escluse, infatti, le utenze sulle quali la Fondazione non esercita un controllo diretto, come gli ambulatori la cui attività è regolata da comodato, convenzione o concessione d'uso, e gli immobili per i quali le spese sono forfettizzate all'interno del canone di locazione. Inoltre, non sono stati considerati i consumi imputabili agli immobili non strumentali (ricevuti per successione).

L'analisi prende in considerazione i consumi di energia elettrica, i consumi di gas naturale e i consumi di carburante utilizzati per la flotta aziendale. La flotta è utilizzata dal personale amministrativo e dal management per gli spostamenti lavorativi tra le sedi, oltre che per le attività di assistenza domiciliare. I mezzi che compongono la flotta sono principalmente acquisiti tramite noleggio a lungo termine.

Il consumo energetico lordo totale registrato nei due anni di rendicontazione ammonta a 72.657 MWh nel 2024 e a 71.346 MWh nel 2025. L'analisi delle fonti evidenzia una marcata dipendenza da vettori energetici di natura non rinnovabile, che rappresentano sostanzialmente la totalità del consumo lordo per entrambi gli esercizi. Come indicato nella Tabella 25, il gas naturale rappresenta la fonte energetica principale, coprendo il 66% del consumo totale.

TABELLA 25. TOTALE CONSUMO DI ENERGIA (29).

FONTI ENERGETICHE	*2024*			*2025*		
	Non rinnovabili	*Rinnovabili*	*Totale*	*Non rinnovabili*	*Rinnovabili*	*Totale*
Energia elettrica da rete [MWh]	23.385	-	23.385 (32%)	23.198	-	23.198 (33%)
Energia elettrica autoprodotta [MWh]	-	-	-	-	-	-
Gas naturale[2] [MWh]	47.914	-	47.914 (66%)	46.928	-	46.928 (66%)
Carburanti[3] [MWh]	1.358	-	1.358 (2%)	1.219	-	1.219 (1%)
Totale [MWh]	72.657	-	72.657	71.346	-	71.346

La prevalenza di gas naturale è riconducibile alle caratteristiche delle strutture gestite (IRCCS e centri), dove l'energia è destinata a usi termici quali il riscaldamento degli edifici, la climatizzazione e la

[2] Caratteristiche dei carburanti in accordo a UK Department for Energy Security and Net Zero (2025), UK Government GHG Conversion Factors for Company Reporting: 2025, Version 1.0. (*Diesel, average biofuel blend e Petrol, average biofuel blend*). Per il consumo di gas naturale è stato utilizzato il PCS indicato dal fornitore e pari a 38,1MJ/Sm^3.

produzione di acqua calda sanitaria. L'energia elettrica da rete costituisce la seconda fonte per volume, con una quota stabile pari al 33% del consumo complessivo in entrambi gli anni (23.385 MWh nel 2024 e 23.198 MWh nel 2025). Questa risorsa è impiegata per l'illuminazione, il funzionamento delle apparecchiature mediche e diagnostiche e i sistemi ausiliari.

I carburanti (gasolio, benzina, GPL) rappresentano una quota marginale, pari al 2% nel 2024 (1.358 MWh) e all'1% nel 2025 (1.219 MWh). Questa energia è interamente ascrivibile alla mobilità legata alla flotta aziendale, sottolineando un impatto energetico ridotto del trasporto rispetto ai consumi stazionari delle strutture.

La ripartizione dei consumi energetici riflette la differente complessità operativa e strutturale delle sedi di Fondazione. Per quanto riguarda l'energia elettrica, i volumi sono così distribuiti tra le principali tipologie di struttura:

- I centri assorbono la quota prevalente, pari a 15.988 MWh nel 2024 e 15.724 MWh nel 2025 (circa il 68% del fabbisogno elettrico totale).
- Gli IRCCS utilizzano 6.887 MWh nel 2024 e 6.953 MWh nel 2025 (pari a circa il 29-30%).
- Gli ambulatori presentano i consumi più contenuti, con 510 MWh nel 2024 e 522 MWh nel 2025 (circa il 2%).

La distribuzione del gas naturale segue una ripartizione analoga, con i Centri che rappresentano il polo di maggior assorbimento (3,34 milioni di Sm^3 nel 2024 e 3,26 milioni di Sm^3 nel 2025), a conferma dell'elevato fabbisogno termico necessario per le attività di degenza e assistenza H24.

TABELLA 26. ANALISI FONTI ENERGETICHE PER TIPOLOGIA STRUTTURA.

FONTI ENERGETICHE	*FDG*	*DI CUI IRCCS*	*CENTRI*	*AMBULATORI*
2024				
Energia elettrica [MWh]	23.385	6.887	15.988	510
Gas naturale [Sm^3]	4.527.326	1.131.941	3.341.371	54.014
Gasolio [l]	105.797	-	-	-
GPL [l]	416	-	-	-
Benzina [l]	34.372	-	-	-
2025				
Energia elettrica [MWh]	23.198	6.953	15.724	522
Gas naturale [Sm^3]	4.434.148	1.115.966	3.263.350	54.832
Gasolio [l]	92.760	-	-	-
GPL [l]	314	-	-	-
Benzina [l]	33.448	-	-	-

In un'ottica di miglioramento continuo e per supportare la propria strategia di sostenibilità, Fondazione ha intrapreso un percorso di ottimizzazione volto a incrementare l'efficienza energetica e a promuovere una gestione sempre più razionale dei consumi. FDG sta attualmente implementando un Sistema di Gestione dell'Energia (SGE) che standardizzerà l'approccio al consumo energetico in tutte le sue operazioni, con l'obiettivo di conseguire la certificazione secondo lo standard internazionale UNI CEI EN ISO 50001.

Questo percorso è strutturato su un piano pluriennale e progressivo: si prevede che nel 2026 FDG porti in certificazione la Direzione Generale, il centro Girola e il centro di Firenze. Seguirà l'estensione del campo di applicazione del Sistema a tutti i centri di Fondazione, consolidando così l'impegno verso la misurazione, il monitoraggio e il miglioramento continuo delle performance energetiche su tutta la rete.

Il calcolo dell'impronta carbonica è svolto per l'esercizio di riferimento, considerando l'ambito delle emissioni dirette (Scope 1) e indirette derivanti dall'energia acquistata (Scope 2).

L'analisi dell'impronta di carbonio segue il *Corporate Accounting and Reporting Standard* (edizione 2004) del *World Resources Institute - GHG Protocol* (*World Business Council for Sustainable Development*, 2025; WRI, 2025). L'analisi include le emissioni dei sette gas serra (CO2, CH4, N2O, HFC, PFC, SF6 e NF3) e utilizza i più recenti valori di potenziale di riscaldamento globale (GWP) pubblicati dall'IPCC nel suo Sesto Rapporto di Valutazione (AR6), basati su un orizzonte temporale di 100 anni, per calcolare le emissioni di CO2-equivalente (CO2eq). Inoltre, tutti i dati inclusi nell'inventario si riferiscono alle emissioni lorde di gas serra e pertanto non includono l'uso di crediti di carbonio.

In linea con il *GHG Protocol,* per le emissioni Scope 2 la Fondazione adotta la doppia rendicontazione: *market-based* basata sugli accordi contrattuali (mix energetico residuo) e *location-based* basata sui fattori medi della rete elettrica nazionale.

TABELLA 27. EMISSIONI LORDE GHG SCOPE 1 E 2 (30).

	2024	*2025*
Scope 1 [tCO2eq]	10.100	9.747
Scope 2 location-based [tCO2eq]	4.689	4.651
Scope 2 market-based [tCO2eq]	10.317	10.235
Totale location-based [tCO2eq]	14.789	14.398
Totale market-based [tCO2eq]	20.418	19.982

TABELLA 28. INTENSITÀ EMISSIVA (31).

	2024	*2025*
Location-based [kgCO2eq/€]	0,065	0,061
Market-based [kgCO2eq/€]	0,047	0,044

Le emissioni Scope 1 ammontano a 10.100 tCO2eq nel 2024 e a 9.747 tCO2eq nel 2025. Tali valori derivano principalmente dalla combustione diretta del gas naturale utilizzato per riscaldamento e produzione di acqua calda sanitaria nelle strutture (IRCCS e centri), e in misura marginale dalla combustione dei carburanti utilizzati dalla flotta aziendale. Coerentemente con i dati di consumo, lo Scope 1 rappresenta la componente principale delle emissioni dirette dell'impronta carbonica dell'Ente.

Le emissioni Scope 2 evidenziano una netta differenza tra i due approcci di rendicontazione:

- *Market-based*: i valori registrati sono pari a 10.317 tCO2eq (2024) e 10.235 tCO2eq (2025). Questo approccio riflette le scelte di approvvigionamento della Fondazione: in assenza di specifici contratti per energia da fonti rinnovabili certificate (Garanzie d'Origine), il calcolo utilizza il fattore di emissione "*Residual Mix*" (AIB, 2025), che risulta superiore alla media nazionale.
- *Location-based*: i valori sono pari a 4.689 tCO2eq (2024) e 4.651 tCO2eq (2025). Questo dato riflette l'intensità emissiva media della rete elettrica nazionale italiana (ISPRA, 2025).

Il totale delle emissioni calcolato con metodo *market-based* (20.418 tCO2eq nel 2024 e 19.982 tCO2eq nel 2025) rappresenta il parametro di riferimento per la responsabilità climatica dell'Ente e costituisce la base per la definizione dei futuri obiettivi di riduzione. L'implementazione del Sistema di Gestione dell'Energia (ISO 50001), attualmente in corso, consentirà di affinare ulteriormente gli indici di prestazione energetica e di strutturare target di decarbonizzazione progressiva per i prossimi esercizi.

50-53. Nell'ambito delle attività strategiche per la sostenibilità e della futura strategia di decarbonizzazione, FDG sta valutando l'opportunità di estendere l'inventario dei gas serra alla rendicontazione delle emissioni di Scope 3, nella consapevolezza dell'importanza dell'impatto sull'ambiente degli stakeholder presenti nella catena del valore. Nello specifico, in base alle caratteristiche del business aziendale, sono ritenute potenzialmente rilevanti le seguenti categorie:

- Categoria 1 (Beni e servizi acquistati).
- Categoria 2 (Beni strumentali).
- Categoria 4 (Trasporto e distribuzione a monte).
- Categoria 5 (Rifiuti generati nelle operazioni).
- Categoria 6 (Viaggi di lavoro).
- Categoria 7 (Pendolarismo dei dipendenti).
- Categoria 9 (Trasporto e distribuzione a valle, clienti).

Fra queste, Fondazione sta valutando l'opportunità di definire un percorso di progressiva estensione dei confini del campo di applicazione dedicando attenzione nell'identificazione dei fornitori strategici per le attività di Fondazione che potrebbero rappresentare la base di un rapporto di qualificazione orientato alla riduzione dell'impatto ambientale.

Per l'esercizio in esame FDG non ha generato o acquistato crediti di carbonio né ha implementato progetti di rimozione e stoccaggio di gas serra nelle proprie operazioni o lungo la catena di fornitura. Fondazione non ha intenzione di perseguire al momento obiettivi di *net-zero* o fare asserzioni di neutralità carbonica.

L'intensità emissiva, che mette in relazione le emissioni totali con il fatturato/valore della produzione, si attesta nel biennio su valori stabili: 0,06 kgCO2eq/€ secondo l'approccio *location-based* e 0,04 kgCO2eq/€ secondo l'approccio *market-based*.

B5. Biodiversità

33 e 34. Le aree sensibili per la biodiversità sono definite con specifica normativa a livello europeo e internazionale e comprendono le aree soggette a protezione speciale da parte dell'autorità governative, nonché le aree protette Natura 2000, i siti del Patrimonio Mondiale UNESCO e le Aree Chiave di Biodiversità.

Nessuna delle sedi della Fondazione è situata all'interno o in prossimità di aree protette o sensibili sotto il profilo della biodiversità. Ciononostante, l'Ente promuove la tutela della biodiversità e il miglioramento del beneficio ambientale locale attraverso una gestione attenta dei terreni e delle aree verdi di pertinenza dei propri complessi immobiliari, dove vengono svolte le attività assistenziali e riabilitative. Infatti, le aree verdi annesse alle strutture di Fondazione includono spesso giardini a cui è riconosciuto un significativo valore conservazionistico.

A dimostrazione dell'impegno per la gestione responsabile di tale bene, FDG provvede a una manutenzione annuale specialistica volta a preservarne il valore ecologico, paesaggistico e riabilitativo.

Per garantire la tutela a lungo termine, è implementata un'attività di classificazione fitostatica dell'intero patrimonio che ha consentito di catalogare e monitorare lo stato di salute di ogni pianta. Questi spazi, gestiti con attenzione e cura, non sono solo elementi chiave per il benessere dei pazienti, ma svolgono anche un ruolo fondamentale nell'assorbimento della CO2 atmosferica, offrendo un contributo naturale e significativo alla mitigazione delle emissioni legate alle attività della Fondazione.

I dati raccolti nel 2024 confermano la vastità del nostro impegno. FDG gestisce una varietà botanica straordinaria che comprende decine di specie diverse, tra cui cedri del Libano, pini domestici, aceri e tigli, distribuiti in strutture chiave su tutto il territorio nazionale. Solo nei poli milanesi e nell'area di Firenze gestiamo una popolazione arborea che supera in alcuni casi le centinaia di unità, attraverso una rigorosa attività di classificazione di propensione al cedimento.

La tabella seguente sintetizza i principali dati relativi al patrimonio verde gestito da Fondazione, evidenziando l'estensione del monitoraggio, la varietà botanica censita e l'impegno nella tutela della salute delle alberature e della sicurezza degli spazi: questi numeri testimoniano una gestione proattiva volta a preservare la salute del polmone verde dei nostri centri e la pubblica incolumità.

TABELLA 29. IL PATRIMONIO VERDE DELLA FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.

- Oltre 15 centri monitorati fra Nord, Centro e Sud Italia.
- Più di 40 specie botaniche diverse censite.
- 100% delle piante sottoposto a revisione fitostatica periodica.
- Oltre 2.300 alberature gestite.

B6. Acqua

35. L'organizzazione dispone di dati quantitativi puntuali relativi ai prelievi idrici, risorsa essenziale per garantire gli standard igienico-sanitari e il funzionamento delle attività cliniche e di supporto. Il fabbisogno idrico di tutte le sedi monitorate è soddisfatto interamente tramite prelievo da acquedotto pubblico, senza ricorso a fonti superficiali o di falda proprie.

Il prelievo idrico annuale di Fondazione per il periodo di rendicontazione è stimato in circa 425.100 m^3 nel 2024 e 434.178 m^3 nel 2025. Questo dato si basa su un numero limitato ma diretto di letture di fatturazione. Inoltre, l'Organizzazione si impegna a migliorare la precisione del monitoraggio dei consumi idrici a partire dal prossimo periodo di rendicontazione con l'obiettivo di consolidare la base dati dei consumi storici al fine di valutare, in ottica prospettica, eventuali margini di efficientamento.

L'analisi dei prelievi idrici della Fondazione, condotta incrociando la localizzazione geografica di tutte le sedi operative con i dati dell'Atlante del Rischio Idrico Aqueduct (WRI),[3] evidenzia una distribuzione eterogenea dell'esposizione al rischio. Nello specifico, si rileva che il 41% dei prelievi avviene in aree classificate con stress idrico Basso-Medio (10-20%), mentre il 22% ricade in zone a stress Medio-Alto (20-40%). Una quota significativa, pari al 16%, risulta invece localizzata in aree caratterizzate da uno stress idrico Estremamente Elevato (>80%).

Tale ripartizione riflette la capillarità di Fondazione sul territorio nazionale: mentre i poli situati nel Nord Italia insistono prevalentemente su aree a stress contenuto, le strutture presenti nelle regioni del Centro e del Sud operano in contesti dove la risorsa idrica è soggetta a una pressione critica, come evidenziato dalle colorazioni più intense nella mappatura WRI.

Coerentemente con la natura civile-sanitaria delle attività svolte, Fondazione mantiene un monitoraggio costante di tali prelievi pur in assenza di processi industriali idro-esigenti, agendo con la consapevolezza della necessaria tutela della risorsa idrica, specialmente nei contesti di vulnerabilità estrema.

36. Data la natura civile e sanitaria delle attività svolte, non sono presenti processi produttivi o industriali che comportino un consumo idrico significativo (quali produzione di energia termica, fabbricazione di beni o irrigazione agricola su larga scala). Pertanto, i volumi prelevati corrispondono sostanzialmente ai fabbisogni igienico-sanitari della struttura e vengono quasi integralmente convogliati nella rete fognaria pubblica dopo l'utilizzo; ne consegue che la quantità di acqua scaricata è considerata prossima a quella prelevata, risultando in un consumo idrico totale non significativo e, per tale ragione, non oggetto di specifica rendicontazione.

[3] World Resources Institute – WRI (2025), Atlante del Rischio Idrico Aqueduct, indicatore di Stress Idrico (Water Stress).

FIGURA 3. STRESS IDRICO.



Fonte: Estratto dall'Atlante del Rischio Idrico Aqueduct del World Resources Institute.

B7. Uso delle risorse, economia circolare e gestione dei rifiuti

37. FDG non ha ancora stabilito obiettivi quantitativi formali relativi all'uso delle risorse e all'economia circolare per l'esercizio in esame. Tuttavia, nell'ambito della propria strategia di sostenibilità, l'Ente valuterà l'adozione di target volti alla progressiva riduzione dell'utilizzo di materie prime vergini e alla definizione di chiari parametri di circolarità. Tali obiettivi saranno sviluppati per indirizzare efficacemente:

- i flussi in entrata: focalizzandosi sulla minimizzazione delle materie prime vergini attraverso progetti di dematerializzazione documentale e razionalizzazione dei consumabili monouso già avviati;
- i flussi in uscita: ottimizzando la gestione dei rifiuti tramite l'adozione di tecnologie di sterilizzazione e riduzione volumetrica.

Le azioni intraprese e i target in fase di definizione risultano allineati ai vertici della gerarchia europea dei rifiuti (prevenzione, preparazione per il riutilizzo, riciclo e recupero) e hanno natura volontaria.

In relazione ai flussi di risorse in entrata, Fondazione segnala che l'attuale sistema di rendicontazione non consente ancora la disaggregazione puntuale dei dati quantitativi in peso per tutte le categorie merceologiche. Ciononostante, FDG ha completato una mappatura qualitativa delle categorie di approvvigionamento rilevanti, identificando le aree a maggior impatto:

- Dispositivi medici e presidi sanitari (consumabili): il flusso a più alta rotazione (siringhe, medicazioni, strumentario rapido).

- DPI e prodotti per l'igiene: categoria critica per la sicurezza (guanti, mascherine, prodotti per la sanificazione).
- Farmaci e prodotti clinici: inclusi i prodotti per la nutrizione clinica e soluzioni infusionali.
- Beni strumentali: apparecchiature gestite in ottica di durevolezza e manutenzione predittiva.
- Servizi ausiliari: derrate alimentari, ciclo dei tessili (Lavanolo) e detergenti industriali.

Un elemento distintivo di tale strategia è rappresentato dall'adozione, presso la sede di Firenze, della tecnologia avanzata di sterilizzazione. L'utilizzo di questo sistema consente di trattare il rifiuto sanitario direttamente nel luogo di produzione, garantendo una riduzione fino al 25% in peso e fino al 75% in volume dei rifiuti prodotti, con conseguente abbattimento degli impatti da trasporto e l'eliminazione dei contenitori monouso. Alla luce dei benefici riscontrati sulla sede pilota,[4] FDG sta valutando la fattibilità tecnico-economica di estendere tale tecnologia alle altre sedi rilevanti della rete.

38. La gestione dei rifiuti avviene in conformità alla Parte Quarta del D.lgs. 152/2006. Al fine di garantire il pieno rispetto degli obblighi normativi e la corretta tracciabilità dei flussi, la Fondazione ha implementato specifiche procedure operative che regolano tutte le fasi: dalla classificazione alla corretta etichettatura, fino al deposito temporaneo e al conferimento a soggetti terzi autorizzati.

L'approccio è basato sulla massimizzazione della raccolta differenziata per i rifiuti non pericolosi e su un rigoroso controllo dei rischi per i pericolosi. I dati riportati in tabella si riferiscono esclusivamente ai rifiuti sanitari a rischio infettivo (180103*), categoria predominante delle attività assistenziali. Le altre tipologie (chimici, RAEE, toner) rappresentano volumi marginali e sono gestite nel rispetto della normativa vigente.

TABELLA 30. PRODUZIONE TOTALE ANNUA DI RIFIUTI (38.A; 38.B).[5]

DESCRIZIONE E CODICE EER	*2024*			*2025*		
	Rifiuto a riciclo o riutilizzo [kg]	*Rifiuto a smaltimento [kg]*	*Rifiuto totale [kg]*	*Rifiuto a riciclo o riutilizzo [kg]*	*Rifiuto a smaltimento [kg]*	*Rifiuto totale [kg]*
180103* - Rifiuti infettivi	250.345	20.644	270.989	239.758	9.989	249.747

38(c). L'attività principale di Fondazione è l'erogazione di cure e interventi riabilitativi, un settore che non è caratterizzato da flussi di materiali ad elevato impatto ambientale diretto in termini di massa totale annua (come manifattura o edilizia). Tuttavia, l'Organizzazione riconosce che risorse quali farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti chimici rappresentano un flusso rilevante di materiali non rinnovabili che richiedono una gestione proattiva. In quest'ottica, FDG si impegna nel

[4] L'adozione della tecnologia di sterilizzazione rifiuti sanitari presso il polo di Firenze ha consentito di escludere dal computo dei rifiuti pericolosi circa 100.000 kg/anno di scarti infettivi, pari a oltre il 30% della produzione teorica complessiva di Fondazione.

[5] Somma dei quantitativi riportati da 24 strutture di Fondazione (1 IRCSS, 16 Centri e 3 Ambulatori).

monitoraggio e nell'ottimizzazione di tali flussi per migliorare l'efficienza gestionale, ridurre gli sprechi e garantire la sicurezza del servizio.

5.3 Metriche sociali

Il capitolo sociale della rendicontazione VSME ha l'obiettivo di raccontare e descrivere agli *stakeholder* di FDG le caratteristiche della forza lavoro dell'impresa e le principali scelte operate dall'azienda in questo ambito. Le metriche sociali offrono una fotografia recente e aggiornata dell'evoluzione della popolazione dipendente, rendendo trasparenti dati rilevanti rispetto all'impegno dell'azienda nei confronti del suo capitale umano.

Le metriche sociali sono state compilate seguendo i criteri e le scelte metodologiche proposte nelle linee guida VSME: il conteggio dei dipendenti è sempre riferito alla situazione della forza lavoro al termine delle annualità di rendicontazione (31/12/2024 e 31/12/2025), considerando sempre il numero totale di persone impiegate dall'azienda indipendentemente dalle ore lavorate (*headcount*).

Pur non essendo l'unico Paese dove FDG svolge le sue operazioni, anche per la componente sociale sono realizzate in Italia le attività più significative della Fondazione: per questo motivo non sono fornite informazioni su altri paesi di operatività e tutti i dati sono riferiti alle sedi presenti sul territorio italiano.

Il modulo sociale base (B) delle linee guida VSME è composto da tre voci di rendicontazione, dalla B8 alla B10, mentre ulteriori temi di approfondimento sono trattati nelle voci da C5 a C7 del modulo completo (C). Per favorire la consultazione delle informazioni, le metriche sono state riorganizzate e descritte nei seguenti paragrafi:

- B8-C5. Composizione della forza lavoro.
- B8. Tasso di turnover.
- B9. Salute e sicurezza del personale.
- B10. Retribuzione e contrattazione collettiva.
- B10. Formazione personale.
- C6. Politiche e processi in materia di diritti umani.
- C7. Gravi incidenti in materia di diritti umani.

B8-C5. Composizione della forza lavoro

39. Il totale della forza lavoro dipendente al 31 dicembre 2025 è pari a 3.986 unità, in lieve diminuzione rispetto al 31/12/2024 (4.005 unità).

39(a). Nel corso del 2025 FDG ha assunto 543 nuove persone, 298 a tempo indeterminato e 245 a tempo determinato (per sostituzione ferie e per esigenze temporanee). Nel corso dell'annualità di rendicontazione, 118 contratti a tempo determinato sono stati trasformati a tempo indeterminato. Al 31/12, FDG ha mantenuto rapporti di lavoro con 256 unità a tempo indeterminato e 107 a tempo determinato.

Nel biennio di rendicontazione il rapporto tra contratti a tempo indeterminato e determinato è dunque nettamente a favore della prima tipologia contrattuale, evidenziando una politica occupazionale orientata alla stabilità e alla continuità del personale. Tutti i dipendenti sono stati assunti con riferimento ai CCNL Sanità, ARIS RSA e CDR, Dirigenza Medica, la cui applicazione appare coerente con la natura dell'attività svolta dall'organizzazione e fornisce garanzie di riferimento uniforme.

TABELLA 31. FORZA LAVORO DIPENDENTE PER TIPO DI CONTRATTO DI LAVORO (177).

TIPOLOGIA CONTRATTO	*DIPENDENTI AL 31 DICEMBRE*	
	2024	2025
Indeterminato	3.844 (96,0%)	3.858 (96,8%)
Determinato	161 (4,0%)	128 (3,2%)
Totale	4.005 (100%)	3.986 (100%)

39(b). L'organico della FDG è composto per più di tre quarti da donne. Nel dettaglio, al termine del 2025 sono presenti 3.062 donne e 924 uomini nella forza lavoro, rispettivamente il 76,8% e il 23,2% della popolazione dipendente. Questo dato è in linea con i valori registrati nel 2024 e con i trend nazionali e regionali del SSN, dove le donne rappresentano circa il 70% dei professionisti impegnati nel settore. Il rapporto di genere (*gender ratio*) dell'azienda è dunque superiore a 3, ovvero per ogni uomo sono presenti più di tre donne contrattualizzate da FDG.

TABELLA 32. FORZA LAVORO DIPENDENTE PER GENERE (178).

GENERE	*DIPENDENTI AL 31 DICEMBRE*	
	2024	2025
Uomini	957 (23,9%)	924 (23,2%)
Donne	3.048 (76,1%)	3.062 (76,8%)
Altro	0	0
Totale	4.005 (100%)	3.986 (100%)

Come mostrato nella Tabella 33, la forza lavoro della FDG si articola in più componenti, che svolgono funzioni e attività complementari.

La prima è composta dalle figure professionali maggiormente esposte al contatto e alla relazione con i pazienti (3.434 unità nel 2025), come coloro che presidiano le funzioni tecniche, sanitarie e di accompagnamento agli assistiti, erogando prestazioni cliniche e diagnostiche, assicurando un ventaglio ampio di specialità; la seconda è la forza lavoro propria dedicata all'amministrazione e alla gestione della struttura (552 unità nel 2025).

La popolazione dipendente della Fondazione è rimasta sostanzialmente stabile nelle ultime due annualità. Il personale tecnico-sanitario è diminuito lievemente, da 3.454 a 3.434 unità, con una crescita della quota di popolazione femminile (dal 77,3% al 78,2%). Il personale amministrativo e operaio è rimasto invariato, da 551 a 552 unità, e con una distribuzione di genere del tutto stabile nel tempo.

TABELLA 33. FORZA LAVORO DIPENDENTE PER GENERE E CATEGORIA PROFESSIONALE.

GENERE	*DIPENDENTI AL 31 DICEMBRE*			
	2024		2025	
	Personale tecnico-sanitario	*Personale amministrativo e operai*	*Personale tecnico-sanitario*	*Personale amministrativo e operai*
Uomini	784 (22,7%)	173 (31,4%)	749 (21,8%)	175 (31,7%)
Donne	2.670 (77,3%)	378 (68,6%)	2.685 (78,2%)	377 (68,3%)
Altro	0	0	0	0
Totale	3.454 (100%)	551 (100%)	3.434 (100%)	552 (100%)

La forza lavoro di FDG nel 2025 è composta anche da 1.917 professionisti, ovvero 985 uomini e 932 donne in regime di libera professione (lavoro autonomo) che hanno erogato prestazioni tecniche e sanitarie (medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari, OSS e psicologi in numero pari a 1.901 unità) e, solo in misura residuale, svolto funzioni amministrative (16 unità). Anche in questo caso non si registrano variazioni significative nel confronto tra i valori 2024 e 2025.

Per l'ultima annualità di rendicontazione il rapporto tra dipendenti e lavoratori autonomi della FDG si attesta su un valore pari a 2, indicando la presenza di un libero professionista per ogni due unità di dipendenti in organico: in termini percentuali, nel biennio il rapporto tra dipendenti e lavoratori autonomi si attesta al 67% per il personale dipendente e 33% per il personale in libera professione.

Questi dati sono coerenti con il modello organizzativo di FDG che, come evidenziato in precedenza, mira a garantire un nucleo stabile dell'organizzazione costituito dai dipendenti della FDG, con una quota di attività, soprattutto in ambito sanitario e specialistico, garantita da liberi professionisti.

59. Nel 2025 il livello manageriale di FDG è formato da 35 dipendenti (20 donne e 15 uomini) che ricoprono ruoli di Direttori Centrali, Direttori di Area territoriale, Responsabili di Servizio e Responsabili di Struttura.

60. La quasi totalità del personale non dipendente contrattualizzato da FDG è composta da lavoratori autonomi in ambito sanitario e solo in misura residuale da collaboratori che svolgono funzioni amministrative.

TABELLA 34. FORZA LAVORO AUTONOMA PER GENERE E CATEGORIA PROFESSIONALE NEL 2024.

GENERE	*LAVORATORI AUTONOMI AL 31 DICEMBRE 2024*				
	Medici	*Infermieri*	*Fisioterapisti*	*Tecnici sanitari, OSS e psicologi*	*Amministrativi*
Uomini	287 (56,6%)	81 (41,3%)	382 (41,3%)	212 (78,2%)	12 (92,3%)
Donne	220 (43,4%)	115 (58,7%)	544 (58,7%)	59 (21,8%)	1 (7,7%)
Altro	0	0	0	0	0
Totale	507 (100%)	196 (100%)	926 (100%)	271 (100%)	13 (100%)

TABELLA 35. FORZA LAVORO AUTONOMA PER GENERE E CATEGORIA PROFESSIONALE NEL 2025.

GENERE	*LAVORATORI AUTONOMI AL 31 DICEMBRE 2025*				
	Medici	*Infermieri*	*Fisioterapisti*	*Tecnici sanitari, OSS e psicologi*	*Amministrativi*
Uomini	242 (55,5%)	93 (42,9%)	391 (41,9%)	248 (78,7%)	11 (68,8%)
Donne	194 (44,5%)	124 (57,1%)	542 (58,1%)	67 (21,3%)	5 (31,2%)
Altro	0	0	0	0	0
Totale	436 (100%)	217 (100%)	933 (100%)	315 (100%)	16 (100%)

B8. Tasso di turnover

40. Il tasso di turnover compara il numero di dipendenti ad inizio e fine di ogni anno, evidenziando il numero di dipendenti che hanno lasciato la società volontariamente (dimissioni), per pensionamento, per risoluzione del rapporto di lavoro o per decesso. Nel 2025 il tasso di turnover della FDG si attesta intorno al 10%, in leggera diminuzione (-0,4%) rispetto all'annualità precedente.

TABELLA 36. TASSO DI TURNOVER DELLA FORZA LAVORO (182).

PERIODO	*TASSO DI TURNOVER*
01/01/2024 – 31/12/2024	10,4%
01/01/2025 – 31/12/2025	10,0%

B9. Salute e sicurezza del personale

41(a) e 41(b). Nel periodo di riferimento non si è verificato nessun decesso dovuto a infortuni sul lavoro o malattie professionali e il numero totale di infortuni sul lavoro è pari a 143.

184. Tenendo in considerazione che nell'anno di riferimento sono state lavorate complessivamente 5.676.712 ore da parte del personale dipendente di FDG, il tasso di infortuni sul lavoro (ogni 200.000 ore lavorate) è pari a 5,038, in lieve diminuzione rispetto all'annualità precedente.

TABELLA 37. INFORTUNI NELLA FORZA LAVORO PROPRIA.

PERIODO	*INFORTUNI TOTALI*	*ORE LAVORATE*	*TASSO INFORTUNI*
2024	145	5.708.544	5,080
2025	143	5.676.712	5,038

B10. Retribuzione e contrattazione collettiva

42(a). Tutti i lavoratori dipendenti di FDG sono contrattualizzati con riferimento a Contratti Collettivi: nello specifico Dirigenti Aziende commerciali, Dirigenza Medica, Sanità privata, ARIS RSA e CDR, Uneba.

42(b). FDG si impegna attivamente nella difesa della parità di genere tra i suoi lavoratori e punta alla maggior trasparenza possibile in tema di retribuzione. Nella rendicontazione VSME è prevista la rendicontazione del divario retributivo (*gender pay gap*) in termini di differenza tra livelli retributivi medi tra dipendenti donne e uomini.

42(c). Nel periodo 2024-25, la totalità dei dipendenti di FDG è stata coperta da accordi di contrattazione collettiva, ricevendo una retribuzione pari al salario determinato tramite i CCNL già citati in questo paragrafo. In Tabella 38 è riportato il *gender pay gap* espresso come differenza percentuale tra il reddito medio lordo annuo rispettivamente per le donne e gli uomini, suddiviso per tipologia di CCNL, includendo tutti i dipendenti di FDG.

TABELLA 38. DIVARIO RETRIBUTIVO TRA DIPENDENTI UOMINI E DONNE (195).

CCNL	*2024*	*2025*
	Diff. D/U	*Diff. D/U*
Dirigenti Az. Comm.	-15,1%	-5,5%
Sanità Privata	-0,3%	-1,3%
Dirigenza medica	-11,6%	-10,6%
RSA e CDR	-12,0%	-12,7%

B10. Formazione personale

42(d). Nel 2025 la Fondazione ha erogato 49.303 ore di formazione ai suoi dipendenti. Di queste, circa la metà (24.432 ore) sono state attività di formazione obbligatorie richieste dalla normativa nazionale in materia di salute e sicurezza o per ottemperare ed eventuali altri adempimenti legislativi, mentre il restante 50% del monte orario (24.871 ore) ha riguardato percorsi formativi non obbligatori (come simulazioni cliniche, corsi per l'implementazione di una nuova cartella clinica, così come corsi specifici per singole professionalità sanitarie e molto altro).

Nel 2025 l'investimento economico in formazione da parte di FDG è stato di circa 327.625,00 €, pari a circa 6,6 € per ora di formazione erogata e 82,2 € per dipendente (valori coerenti con un programma formativo essenziale ma strutturato che prevede una parte significativa di eventi con docenze erogate "*pro bono*").

Nel 2025 le ore di formazione erogate sono diminuite rispetto al 2024, passando da 57.283 a 49.303 (-13,93%). La riduzione ha interessato sia la formazione obbligatoria sia le attività di sviluppo professionale, mentre la distribuzione interna tra le due tipologie è rimasta sostanzialmente equilibrata nel biennio. Anche la ripartizione per genere mostra una relativa stabilità: nel 2024 il 72% delle ore ha riguardato le donne e il 28% gli uomini; nel 2025 le quote di donne e uomini si attestano rispettivamente al 69% e al 31%.

TABELLA 39. FORMAZIONE DEI DIPENDENTI.

FORMAZIONE	*ORE DI FORMAZIONE*	
	2024	2025
Obbligatoria	29.786 (52,0%)	24.432 (49,6%)
Sviluppo professionale	27.497 (48,0%)	24.871 (50,4%)
Totale	57.283 (100%)	49.303 (100%)

C6. Politiche e processi in materia di diritti umani

61(a). FDG si è dotata di un Codice Etico che definisce e disciplina i principi e gli standard di comportamento per l'azienda e per i suoi principali stakeholder, con l'obiettivo di prevenire reati e irregolarità. Il Codice Etico enfatizza il rispetto delle leggi, l'onestà, la correttezza, l'imparzialità e la non discriminazione, sia nelle relazioni interne che con soggetti esterni come fornitori, clienti e la Pubblica Amministrazione.

61(b). FDG offre copertura assicurativa contro infortuni, congedi parentali, *smart working*, scontistica (dipendenti e familiari) sui propri servizi (visite ambulatoriali, trattamenti terapici, etc.), alcune convenzioni aziendali e una piattaforma di *welfare* alla propria forza lavoro.

61(c). L'impresa dispone di un meccanismo di gestione formale dei reclami per la propria forza lavoro (*whistleblowing*) e di un sistema di rilevazione della soddisfazione dei propri lavoratori (Analisi di Clima).

C7. Gravi incidenti negativi in materia di diritti umani

62. Nel biennio 2024-25 non sono stati rilevati incidenti gravi[6] in materia di diritti umani, né in riferimento alla forza lavoro propria, né rispetto agli stakeholder posti nella catena del valore della Fondazione, nelle comunità territoriali di riferimento, tra i consumatori e gli utenti finali.

[6] Come previsto dallo standard VSME ESRS (238), sono "gravi incidenti in materia di diritti umani" tutte le azioni legali o reclami registrati presso l'impresa o le autorità competenti attraverso una procedura formale, oppure

5.4 Metriche di governance

Il capitolo dedicato alla *governance* della rendicontazione VSME ha l'obiettivo di rendere trasparenti agli *stakeholder* di FDG le scelte e i rischi connessi alla condotta aziendale e alla struttura di governo societario. Le metriche di *governance* forniscono, dunque, una fotografia sintetica sull'integrità di Fondazione, ad esempio rendendo nota la presenza di sanzioni in materia di corruzione, nonché su aspetti di composizione e diversità degli organi di governo ed eventuali rischi rilevanti per la finanza sostenibile che derivano dal settore dell'azienda.

Per agevolare la consultazione, le metriche sono organizzate nei seguenti paragrafi:

- B11. Condanne e multe per corruzione e concussione
- C8. Ricavi da settori specifici ed esclusione dai parametri di riferimento dell'UE
- C9. Diversità di genere nell'organo di governo

B11. Condanne e multe per corruzione e concussione

43. Fondazione conferma il proprio impegno verso una gestione ispirata ai più elevati standard etici, adottando una politica di tolleranza zero nei confronti di qualunque forma di corruzione e concussione. Tale orientamento trova fondamento in un corpus strutturato di strumenti normativi, organizzativi e culturali che guidano l'azione quotidiana di tutti gli operatori, garantendo presidio, prevenzione e trasparenza.

Al centro di questo sistema si colloca il Codice Etico Comportamentale, parte integrante del Modello Organizzativo ai sensi del D.lgs. 231/01, che stabilisce i principi di legalità, trasparenza, correttezza, riservatezza ed efficienza ai quali tutti i dipendenti e collaboratori devono attenersi. Il Codice ribadisce inoltre che Fondazione rispetta integralmente la normativa vigente e non intrattiene rapporti con soggetti che non condividono tali principi, sancendo una chiara e inequivocabile cultura dell'integrità.

Accanto a questo strumento, la Carta dei Valori rappresenta la bussola identitaria dell'Ente, radicata negli insegnamenti del Beato Don Carlo Gnocchi. I valori di centralità della persona, prossimità, professionalità e responsabilità costituiscono un ulteriore presidio culturale contro qualsiasi forma di illecito, orientando l'azione del personale nei servizi sanitari, assistenziali e socio-riabilitativi, e rafforzando la coerenza etica dell'intera organizzazione.

In continuità con tali principi, Fondazione ha adottato un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.lgs. 231/01, aggiornato agli indirizzi normativi più recenti. Tale Modello identifica le aree sensibili in cui possono verificarsi reati, in particolare quelli contro la Pubblica Amministrazione quali corruzione, concussione, istigazione alla corruzione e truffa aggravata. A partire da tale analisi, definisce procedure operative, misure di controllo, flussi informativi e criteri comportamentali, rafforzati dall'istituzione di un Comitato di Iniziativa e Controllo, organismo dotato di autonomia e indipendenza, incaricato di vigilare sull'applicazione del Modello e del Codice Etico. A ciò si aggiunge

un caso di non conformità identificato dall'impresa grazie alle proprie procedure, come audit del sistema di gestione, programmi di monitoraggio formali o meccanismi di reclamo.

l'attivazione di canali di segnalazione (*whistleblowing*), progettati per tutelare i segnalanti e potenziare i presidi interni di legalità, favorendo un sistema efficace di prevenzione e risposta rispetto ai comportamenti non conformi.

Grazie all'adozione integrata di questi strumenti – Codice Etico, Carta dei Valori e Modello 231 – e alla diffusione di una radicata cultura dell'integrità supportata da processi strutturati di prevenzione e controllo, nel periodo di rendicontazione non sono state registrate condanne né sono state comminate sanzioni correlate a reati di corruzione, concussione o altri illeciti riconducibili al perimetro del D.lgs. 231/01.

In coerenza con questa architettura di governance, Fondazione sta sviluppando un approccio strutturato di *Enterprise Risk Management* (ERM), inteso come componente strategica del sistema di controllo interno e come strumento per consolidare ulteriormente la capacità dell'Ente di individuare, prevenire e gestire i rischi in modo sistemico. L'ERM consente infatti di identificare, classificare e valutare in maniera organica i rischi organizzativi, clinici, operativi, reputazionali e di compliance, integrando tali valutazioni nei processi decisionali e nella pianificazione strategica. Questo approccio permette di rafforzare i presidi di prevenzione, compresi quelli relativi ai rischi di natura corruttiva, garantendo coerenza con le aree di rischio individuate dal Modello 231 e valorizzando il coordinamento tra funzioni chiave quali *risk management*, *internal audit*, *compliance* 231, direzione sanitaria e servizi centrali. L'integrazione tra Modello 231, Codice Etico e sistema ERM consente quindi di presidiare in maniera più robusta l'intera catena del valore, ridurre le vulnerabilità, migliorare la trasparenza dei processi e consolidare una governance conforme ai valori fondativi di Fondazione.

C8. Ricavi da settori specifici ed esclusione dai parametri di riferimento dell'UE.

63. FDG non opera e non ottiene ricavi dal settore degli armamenti, della coltivazione e produzione di tabacco, dal settore dei combustibili fossili o dalla produzione di prodotti chimici.

64. FDG non è esclusa dagli *EU Paris-aligned Benchmarks* (EU PAB).

C9. Diversità di genere nell'organo di governo.

65. Al 31 dicembre 2025 il Consiglio di Amministrazione (CdA) di Fondazione è composto da 7 membri, di cui 2 donne e 5 uomini: il rapporto di genere del CdA è dunque pari a 0,4, ovvero una donna ogni 2,5 uomini. La funzione di Presidente del CdA è ricoperta da un uomo.

Appendice A. Analisi SWOT

Uno dei primi passi per la redazione del Report di sostenibilità è stata la realizzazione di un'analisi SWOT per inquadrare il posizionamento strategico della nostra azienda e per chiarire le principali tendenze che caratterizzano il settore sanitario.

L'indagine è stata condotta grazie alla somministrazione di un breve questionario ESG, a cui sono seguite più sessioni di *brainstorming* con i membri dell'ufficio di Direzione e con le principali figure manageriali dell'azienda. Durate questa attività, il gruppo è stato guidato nella discussione dei risultati raccolti in merito ai fattori endogeni (principalmente punti di forza e debolezza) e variabili esogene (opportunità e minacce) rispetto a cinque dimensioni chiave della nostra operatività: *governance*, ambiente, lavoratori, comunità e pazienti.

I risultati della survey e della discussione stimolata all'interno del gruppo dirigenziale hanno restituito una fotografia affidabile e aggiornata di Fondazione, che ha evidenziato aree prioritarie di intervento e potenziali leve strategiche su cui agire. In questo modo, l'analisi SWOT è stata utilizzata come base informativa condivisa e come punto di riferimento per la definizione dei nostri obiettivi di sostenibilità a medio e lungo termine.

Governance

La governance della Fondazione rappresenta il pilastro strategico su cui poggia l'intera architettura della responsabilità sociale, agendo da garante della coerenza tra l'ispirazione caritativa originaria e l'efficienza gestionale moderna.

Nel Bilancio di Missione 2024, l'ente ha consolidato una missione valoriale che viene attivamente integrata nei processi di formazione e nelle sessioni di revisione del Consiglio di Amministrazione, il quale è stato recentemente confermato per guidare l'organizzazione verso obiettivi di sostenibilità a lungo termine. In linea con quanto previsto dal Modello 231 (revisionato nel marzo 2025), la Fondazione vanta procedure solide in tema di etica e legalità, supportate da un sistema di deleghe e procure che assicura una chiara assegnazione delle responsabilità e una trasparenza interna capace di favorire un clima di fiducia tra i lavoratori.

L'analisi SWOT rispetto al tema della Governance mette comunque in luce alcune debolezze, legate soprattutto alla mancanza di una valutazione di materialità formale e di indicatori ESG misurabili, che limitano la capacità di rendicontazione esterna rispetto alle metriche ESRS (richieste dalla normativa europea e, più in generale, dagli stakeholder della Fondazione). Questo può rappresentare una minaccia rilevante a causa della crescente compliance normativa legata alla direttiva CSRD, che trasformerà l'adeguamento volontario in un obbligo cogente. L'opportunità più evidente risiede quindi nell'implementazione di una valutazione di doppia materialità, per identificare temi materiali e fissare KPI ambientali e sociali rigorosi, supportati da audit indipendenti che possano mitigare il rischio reputazionale derivante da un'eventuale discrepanza tra la missione dichiarata e l'impatto realmente conseguito.

TABELLA 40. SINTESI ANALISI SWOT PER I TEMI DI *GOVERNANCE*.

PUNTI DI FORZA	*PUNTI DI DEBOLEZZA*
– L'azienda ha un impegno formale verso la responsabilità sociale e ambientale, integrato nei processi di formazione e nelle pratiche interne (es. revisione CdA su performance sociali e ambientali). – Sono presenti procedure solide in tema di etica e formazione continua per dirigenti e lavoratori.	– Non risultano effettuate valutazioni di materialità né sono stati stabiliti obiettivi rispetto ai temi ESG. – È presente una valutazione di performance ambientale solo a livello generale; manca di specificità operativa. – Gli elementi che risultano pubblicamente rendicontati in termini di impatto sociale e ambientale non sono del tutto allineati alle metriche ESRS.
OPPORTUNITÀ	*MINACCE*
– Avviare un processo formale di coinvolgimento interno e degli stakeholder per identificare temi materiali e fissare KPI ambientali e sociali. – Valutare l'introduzione di audit indipendenti su etica e sostenibilità per aumentare la fiducia degli stakeholder pubblici e privati.	– L'adeguamento ai criteri e alla rendicontazione ESG diventerà sempre più richiesta da attori istituzionali. – La discrepanza tra mission dichiarata e misurazione reale dell'impatto può generare critiche se non accompagnata da un rafforzamento della governance ESG. – In un contesto sanitario sempre più esigente, trasparenza e impatto misurabile possono diventare prerequisiti per convenzioni o finanziamenti.

Ambiente

Fondazione è consapevole che la gestione di strutture sanitarie complesse genera impatti significativi in termini di energia, rifiuti e risorse idriche. Per questo motivo, la strategia ambientale poggia su basi tecniche solide, trasparenti e certificate, come il possesso di un Sistema di Gestione Ambientale certificato UNI EN ISO 14001 e l'uso di strumenti avanzati di analisi degli impatti. A questi elementi si affianca un approccio gestionale orientato al miglioramento continuo, che mira a identificare con precisione gli aspetti ambientali più rilevanti e a definire interventi capaci di ridurre progressivamente le pressioni generate dalle attività svolte quotidianamente nei diversi centri della Fondazione.

Il Bilancio di Missione 2024 e le Relazioni di Bilancio hanno comunque evidenziato una debolezza, derivante dall'assenza di un Report formalizzato delle emissioni Scope 1, 2 e 3, nonché dalla mancanza di presidi misurabili sugli approvvigionamenti. Questo limite metodologico rende oggi più complesso valutare in modo completo l'impronta climatica complessiva della Fondazione e monitorare gli impatti generati lungo l'intera catena del valore. La minaccia principale è, infatti, rappresentata dalla crescente pressione normativa sulla trasparenza ambientale, che potrebbe esporre l'ente a critiche se le azioni non venissero allineate a standard riconosciuti o se non venissero sviluppati sistemi strutturati di misurazione, rendicontazione e verifica indipendente dei dati.

La transizione energetica e l'adozione di politiche di acquisti ecologici rappresentano le opportunità chiave per trasformare la gestione delle infrastrutture in un modello a basso impatto, estendendo le

migliori pratiche (già presenti nella Fondazione) a tutte le altre sedi nazionali, per garantire un mantenimento e un allargamento sistematico delle certificazioni ambientali.

TABELLA 41. SINTESI ANALISI SWOT PER I TEMI AMBIENTALI.

PUNTI DI FORZA	*PUNTI DI DEBOLEZZA*
– Presenza di un Sistema di Gestione Ambientale formalizzato e certificato secondo lo standard UNI EN ISO 14001 con obiettivi, risorse allocate e verifiche. – Capacità di analisi degli aspetti ambientali e definizione di criteri di priorità di riduzione degli impatti ambientali delle strutture. – Utilizzo di strumenti avanzati di quantificazione e analisi degli impatti legati allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri. – Smaltimento responsabile dei rifiuti pericolosi documentato e attuato.	– Assenza di un Report formalizzato delle emissioni di gas serra Scope 1, 2 e 3 e quindi della definizione di un piano di riduzione. – Assenza di azioni misurabili di miglioramento, chiaramente formalizzate, rispetto agli impatti sulla risorsa idrica né a quelli legati al consumo energetico. – Assenza di presidi misurabili degli aspetti ambientali legati agli approvvigionamenti (qualifica fornitori, acquisti sostenibili, etc.)
OPPORTUNITÀ	*MINACCE*
– Introduzione progressiva di energie rinnovabili e impianti a basso impatto. – Politica di acquisti ecologici che guidi gli approvvigionamenti verso prodotti e servizi con minore impatto ambientale. – Stima delle emissioni di gas serra con standard riconosciuti (GHG Protocol) e definizione di obiettivi di riduzione e compensazione. – Mantenimento delle certificazioni ambientali. – Coinvolgimento del personale in campagne di sostenibilità comportamentale (per trasferte, consumi, riciclo).	– Crescente pressione normativa su trasparenza e misurazione dell'impatto ambientale (Direttiva CSRD). – Rischio reputazionale se le azioni non sono misurate e allineate con le dichiarazioni pubbliche.

Lavoratori

Il capitale umano costituisce il vero motore operativo della Fondazione, assorbendo, come indicato nelle Relazioni di Bilancio 2024, oltre il 60% delle risorse economiche totali per sostenere una comunità di circa 6.000 operatori, tra dipendenti e collaboratori.

L'analisi SWOT segnala anche criticità legate alla concorrenza salariale del settore pubblico e all'assenza di sistemi di partecipazione o premi economici per la popolazione dipendente. Il turnover del personale, che vede quote significative di uscite e altrettanti ingressi, rappresenta un ulteriore fenomeno da monitorare e governare con attenzione da parte della Fondazione.

In linea con il Modello 231, la protezione dei lavoratori è garantita anche dalla presenza di protocolli di *whistleblowing* e misure contro le discriminazioni, ma resta l'opportunità di potenziare il welfare aziendale e i benefit familiari per potenziare la capacità di Don Gnocchi di attrarre (e trattenere) nuovi talenti. La minaccia principale risiede nel rischio di perdere professionisti a favore di enti privati che

offrono bonus e welfare integrativo più competitivo, rendendo necessario un aggiornamento dei percorsi di carriera, che rifletta anche l'alto valore sociale della missione della Fondazione.

TABELLA 42. SINTESI ANALISI SWOT PER I LAVORATORI.

PUNTI DI FORZA	*PUNTI DI DEBOLEZZA*
– Azioni di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, con presenza di audit periodici, valutazione dei rischi, sistemi di segnalazione e pianificazione integrata. – Opportunità di crescita professionale, tra cui formazione trasversale, corsi per lo sviluppo personale e accesso a risorse esterne. – Sono svolte consultazioni regolari dei lavoratori.	– La Fondazione non offre meccanismi di partecipazione economica diretta né bonus economici definiti.
OPPORTUNITÀ	*MINACCE*
– Politiche per rafforzare il senso di appartenenza dei lavoratori agendo sul coinvolgimento, su premi e partecipazione. – Potenziare la flessibilità e i benefit familiari, anche per attrarre talenti in ambito sanitario e sociale. – Aggiornare i percorsi di sviluppo delle competenze e promuovere la crescita professionale interna attraverso programmi di carriera strutturati. – Sviluppo di un welfare aziendale.	– Concorrenza da parte di enti privati e strutture convenzionate (con premi, welfare integrativo e bonus già previsti). – Rischi reputazionali in assenza di un chiaro posizionamento pubblico su salari e condizioni di lavoro.

Comunità

La Fondazione opera come un attore di sistema profondamente radicato nel tessuto sociale di varie regioni italiane, dove la sua presenza capillare attraverso 25 centri residenziali e 28 ambulatori genera un impatto occupazionale e filantropico di grande rilievo.

Negli ultimi anni l'ente ha saputo consolidare relazioni con fornitori nazionali, garantendo stabilità alla catena di fornitura e sostenendo l'economia del territorio. Un pilastro di forza di FDG è rappresentato dalla capacità di raccolta fondi, che negli anni ha garantito entrate significative, grazie anche al legame fiduciario con sostenitori e alla gestione dei lasciti testamentari.

Nell'analisi SWOT è stata rilevata la debolezza di non possedere ancora politiche formali per gli acquisti locali e un tracciamento sistematico della catena di fornitura, anche sotto il profilo della sostenibilità ESG. Questo espone l'organizzazione a minacce legate a rischi etici o normativi lungo la *supply chain* non ancora del tutto monitorata, oltre alla concorrenza di enti con politiche più visibili e trasparenti in materia.

L'opportunità strategica più significativa consiste nel formalizzare l'impegno territoriale attraverso obiettivi di assunzione in loco e lo sviluppo di una politica dedicata di Diversità, Equità e Inclusione (DEI), incentivando ad esempio *leadership* femminili e altri obiettivi di equità sociale. Infine, valorizzare i fornitori locali attraverso audit e programmi premianti permetterebbe alla Fondazione

di rafforzare la propria reputazione e di creare meccanismi di responsabilizzazione che trasformino la spesa per servizi in un volano di sviluppo sociale sostenibile per le comunità di riferimento.

TABELLA 43. SINTESI ANALISI SWOT PER LA COMUNITÀ.

PUNTI DI FORZA	*PUNTI DI DEBOLEZZA*
– Ampio e strutturato impegno filantropico nei confronti della comunità. – Presenza capillare sul territorio, con impegno evidente al radicamento locale. - Acquisti da fornitori nazionali e relazioni consolidate con i fornitori, con durata media dei rapporti superiore a 36 mesi.	– Assenza di una politica formale per gli acquisti nella comunità di riferimento. – Mancato tracciamento della catena di fornitura.
OPPORTUNITÀ	*MINACCE*
– Sviluppare programmi DEI (diversità, equità, inclusione). – Valorizzare i fornitori locali attraverso programmi premianti o un piano di acquisti responsabili. – Creare meccanismi di responsabilizzazione per la catena di fornitura (audit sociali o altre indagini ambientali sistematiche).	– Rischi reputazionali rispetto ai temi della diversità e inclusione, in particolare nella governance. – Concorrenza da parte di altri enti (potenziali competitor) con forte radicamento locale che già adottano politiche inclusive o di impatto comunitario. – Dipendenza da fornitori non monitorati potrebbe esporre l'organizzazione a rischi etici, sociali o normativi lungo la supply chain.

Pazienti

Al centro della missione della Fondazione vi è la cura di persone vulnerabili, considerate non solo come destinatarie di cure cliniche ma anche come soggetti e stakeholder più rilevanti per l'attività dell'organizzazione. Sotto questo profilo, il Bilancio di Missione 2024 certifica circa 360.000 assistiti e una gestione della qualità strutturata. La Fondazione si avvale infatti del riconoscimento IRCCS per la ricerca scientifica d'eccellenza, testimoniata da pubblicazioni internazionali, un elevato *Impact Factor* e dall'integrazione tra assistenza clinica, innovazione e ricerca.

Le debolezze rilevate nell'analisi SWOT riguardano una comunicazione ancora da sviluppare nei confronti della popolazione dipendente e la mancanza di sistemi formalizzati per segmentare l'utenza in base a specifiche vulnerabilità. L'opportunità principale è rappresentata dal rafforzamento dei canali di ascolto attivo per il miglioramento dei servizi (insieme ai pazienti), supportato dalla digitalizzazione della relazione tramite applicativi e piattaforme.

La minaccia esterna più pressante deriva dalla competizione con nuovi modelli di sanità digitale più agili e tracciabili, che potrebbero intercettare l'utenza se la Fondazione non saprà comunicare efficacemente il valore aggiunto dell'umanizzazione del servizio (che resta comunque un suo elemento caratterizzante). Investire nell'approfondimento dell'efficacia clinica e dell'impatto generato, anche con azioni di *benchmarking* con altri attori, diventerà essenziale per prevenire la perdita di fiducia e per rispondere alla crescente attenzione normativa sulla qualità e sugli effetti

sociali della sanità. Infine, un dialogo più strutturato con le comunità locali e un potenziamento dei percorsi di partecipazione dei pazienti possono contribuire a rafforzare ulteriormente il ruolo della Fondazione come presidio affidabile e innovativo, capace di anticipare i bisogni emergenti e di garantire servizi sempre più personalizzati e sostenibili.

TABELLA 44. SINTESI ANALISI SWOT PER PAZIENTI.

PUNTI DI FORZA	*PUNTI DI DEBOLEZZA*
– Il core business della Fondazione è centrato sull'erogazione di servizi sanitari a favore di persone vulnerabili (anziani, disabili, bambini con patologie), con conseguente impatto positivo sulla salute e sull'autonomia delle persone. – Sono presenti meccanismi e presidi strutturati di qualità, come certificazioni, controlli interni, gestione etica del marketing, monitoraggio della soddisfazione e sicurezza dei dati. – Adottate politiche scritte e codici di condotta, in conformità normativa.	– I risultati delle indagini rivolte alla popolazione dipendente non sono sufficientemente condivisi. – Approfondimento sul pubblico che beneficia dei servizi in base alla vulnerabilità (segmentazione) ma non supportato da sistemi di raccolta dati formalizzati e verificabili.
OPPORTUNITÀ	*MINACCE*
– Ampliamento del set di indicatori per misurare e comunicare l'efficacia clinica e sociale dei servizi erogati, oltre che per operazioni benchmarking con altri player del settore. – Rafforzamento dei canali di ascolto attivo dei pazienti e valorizzazione dei feedback per il miglioramento continuo dei servizi. – Digitalizzazione della relazione con l'utente, grazie allo sviluppo di piattaforme digitali per la fruizione, valutazione e personalizzazione dei servizi. – Interventi di formazione sulla comunicazione operatori sanitari e pazienti per l'umanizzazione del servizio.	– Possibile perdita di fiducia e/o reputazione in assenza di strumenti misurabili e pubblici di verifica d'impatto e ascolto. – Crescente attenzione normativa per la tutela della privacy, qualità e impatto sociale. – Competizione da nuovi modelli di sanità digitale poiché attori innovativi potrebbero offrire servizi più flessibili, personalizzati e tracciabili nei risultati.

Appendice B. Riferimenti esterni

AOU Careggi (2023). *Bilancio di genere dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*. Disponibile al collegamento.

AIB (2025), European Residual Mixes 2024. Disponibile al collegamento.

Commission Delegated Regulation (EU) 2020/1818 (17 July 2020) supplementing Regulation (EU) 2016/1011 of the European Parliament and of the Council as regards minimum standards for EU Climate Transition Benchmarks and EU Paris-aligned Benchmarks. Disponibile al collegamento.

EFRAG (2024). Voluntary Sustainability Reporting standard for non-listed SMEs (VSME). Disponibile al collegamento.

Joint Commission International (2024). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (8th ed.). Oak Brook, IL: Joint Commission Resources. Collegamento.

ISPRA (2025), Fattori di emissione per la produzione e il consumo di energia elettrica in Italia. Disponibile al collegamento.

OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Disponibile al collegamento.

UK Department for Energy Security and Net Zero (2025). UK Government GHG Conversion Factors for Company Reporting; 2025, Version 1.0. (Diesel, average biofuel blend e Petrol, average biofuel blend). Disponibile al collegamento.

World Business Council for Sustainable Development (2025). Disponibile al collegamento.

WRI (2025). Atlante del Rischio Idrico Aqueduct, indicatore di Stress Idrico di Base (Baseline Water Stress). Disponibile al collegamento.

Appendice C. Standard ESRS – Indice dei contenuti

Nella seguente Tabella sono riportati gli standard ESRS richiesti dalla CSRD per la realizzazione della Dichiarazione di sostenibilità.

Abbiamo fatto riferimento alla bozza di ESRS semplificati elaborata da EFRAG a seguito del mandato ricevuto dalla Commissione Europea il 27 marzo 2025 e forniti come Consulenza Tecnica alla Commissione Europea il 30 novembre 2025. Si ricorda che la Commissione Europea svolgerà un proprio processo di adozione e si prevede che adotterà gli standard semplificati al massimo sei mesi dopo l'entrata in vigore delle disposizioni legislative Omnibus. Una volta adottati, il *Simplified ESRS* sostituirà il 2023 ESRS e il *Technical Advice*.

La Tabella che segue riporta in modo sintetico i contenuti o l'obiettivo che uno standard specifico richiede. Inoltre, mostra anche i punti di contatto tra le richieste informative previste dagli ESRS nell'ambito della Direttiva UE CSRD e i contenuti sviluppati nel presente Report secondo lo standard VSME ESRS. In particolare, oltre ai riferimenti alle pagine del documento in cui ciascuna *Disclosure Requirement* è trattata (vedi "→ Rif." nel corpo del testo), sono indicati anche i paragrafi del VSME ESRS che, in modo diretto o anche solo parziale, contribuiscono a rispondere alle medesime esigenze informative. Tale lettura consente di evidenziare le aree di coerenza e continuità tra la rendicontazione volontaria VSME adottata da FDG e il quadro informativo più ampio previsto dalla CSRD/ESRS.

Si precisa che ciascuno standard prevede, di norma, ulteriori informazioni di dettaglio, quali *datapoint* e requisiti applicativi. La tabella ha quindi una funzione orientativa e intende offrire una lettura immediata dei principali argomenti trattati nel presente documento.

DISCLOSURE REQUIREMENT	*DESCRZIONE E FINALITÀ*	*RIFERIMENTI*
ESRS_2_BP_1	L'obiettivo di questa DR è consentire una comprensione delle basi per la preparazione della dichiarazione di sostenibilità, incluse le divulgazioni richieste dai Requisiti Generali ESRS 1 in circostanze specifiche.	-
ESRS_2_BP_2	Informazioni specifiche se la FDG utilizza le opzioni di gradualità	-
ESRS_2_GOV_1	L'obiettivo di questa DR è permettere la comprensione dei ruoli e delle responsabilità degli organi amministrativi, gestionali e di supervisione, nonché dei processi, controlli e procedure associati nel monitoraggio, gestione e supervisione degli impatti materiali, dei rischi e delle opportunità.	Rif. a pag. 21; 31; 36.
ESRS_2_GOV_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le caratteristiche chiave di qualsiasi schema di incentivi collegati a temi di sostenibilità presenti per i membri degli organi amministrativi, gestionali e di supervisione.	Rif. a pag. 31; 36.
ESRS_2_GOV_3	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere dove, all'interno della dichiarazione di sostenibilità, siano stati dichiarati i principali passaggi del processo di due diligence (vedi ESRS 1 Requisiti Generali, Capitolo 4) applicati riguardo ai temi di sostenibilità La due diligence è il processo attraverso il quale le imprese identificano, prevengono, mitigano e rendono conto di come affrontano gli impatti negativi reali e potenziali sull'ambiente e sulle persone coinvolti nella loro attività. Questi includono impatti negativi legati alle operazioni dell'impresa e alla sua catena del valore a monte e a valle, anche attraverso i suoi prodotti o servizi, così come attraverso le sue relazioni commerciali. La due diligence è una pratica continua che risponde e può innescare cambiamenti nella strategia, nel modello di business, nelle attività, nei rapporti commerciali, nel contesto operativo, di approvvigionamento e vendita dell'impresa	Rif. a pag. 20; 25; 31; 36.
ESRS_2_GOV_4	L'obiettivo di questa DR è permettere una comprensione dei processi e dei sistemi di gestione del rischio e di controllo interno dell'impresa in relazione alla rendicontazione della sostenibilità.	Rif. a pag. 19; 20; 23; 25: 31; 32; 36.
ESRS_2_SBM_1	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere gli elementi chiave della strategia generale dell'impresa, del modello di business e della catena del valore upstream e downstream che si riferiscono o influenzano impatti materiali, rischi e opportunità, al fine di comprendere la sua esposizione a tali impatti, rischi e opportunità materiali e da dove provengono. L'impresa deve divulgare le seguenti informazioni sugli elementi chiave della sua strategia generale e del modello di business che riguardano o influenzano gli argomenti associati ai suoi impatti materiali, rischi e opportunità: a) una descrizione del suo modello di business, della sua catena del valore a monte e a valle e della sua posizione in quella catena del valore; b) una descrizione di: i gruppi significativi di prodotti e servizi offerti, i mercati o gruppi di clienti serviti e la loro rilevanza nel contribuire agli obiettivi complessivi di sostenibilità dell'impresa, inclusi cambiamenti significativi nel periodo di riferimento (ad esempio prodotti, servizi, mercati o gruppi di clienti nuovi o rimossi);	Rif. a pag. 6; 25; 32. Paragrafo VSME C1 (pag. 44).

ESRS_2_SBM_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere il coinvolgimento degli stakeholder dell'impresa e di come gli interessi e le opinioni dei principali stakeholder vengano portati all'attenzione degli organi amministrativi, gestionali e di supervisione, e di informare la sua strategia e il modello di business.	-
ESRS_2_SBM_3	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le interazioni tra gli impatti materiali, i rischi e le opportunità dell'impresa e la sua strategia e modello di business, nonché gli effetti finanziari correlati. L'impresa deve fornire una descrizione di alto livello di come gli impatti materiali derivino dalla sua strategia e dal modello di business, gli effetti dei rischi e delle opportunità sul modello di business e sulla catena del valore, e su come ha risposto e intende rispondere ad essi nella strategia e nel processo decisionale. L'impresa deve divulgare informazioni qualitative e quantitative su come rischi e opportunità materiali abbiano influenzato la sua posizione finanziaria, le sue performance finanziarie e i flussi di cassa per il periodo di rendicontazione (effetti finanziari attuali).	Rif. a pag. 3: 12; 14; 32; 37.
ESRS_2_IRO_1	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere il processo attraverso cui l'impresa identifica impatti, rischi, opportunità e gli argomenti correlati, e ne valuta la materialità, come base per determinare le dichiarazioni da fare nella dichiarazione di sostenibilità	Rif. a pag. 11; 18; 25; 37.
ESRS_2_IRO_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere l'esito della valutazione della materialità, in termini di impatti materiali, rischi e opportunità e informazioni materiali riportate in conformità con l'ESRS. L'impresa redige una descrizione concisa dei suoi impatti materiali reali e potenziali, positivi e negativi, inclusi come influenzano o sono probabili che influenzino le persone o l'ambiente, e i rischi e opportunità materiali, specificando gli argomenti correlati e come e dove impatti, rischi e opportunità siano collegati alle proprie operazioni e alla sua catena del valore a monte e a valle;	Rif. a pag. 17; 18; 37.
ESRS_2_GDR	Le informazioni su politiche, azioni, metriche e obiettivi devono permettere di comprendere il livello in cui l'impresa gestisce i suoi impatti materiali, rischi e opportunità. Se l'impresa ha adottato politiche, ha introdotto azioni, fissato obiettivi o utilizza metriche solo per alcuni aspetti di un argomento, ciò si rifletterà nel modo in cui la divulgazione viene preparata e presentata, permettendo agli utenti di comprendere gli aspetti specifici trattati.	Paragrafi VSME C1-B2 (pag. 44-45).
ESRS_2_GDR_P	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le politiche che l'impresa ha adottato per gestire la prevenzione, mitigazione o bonifica degli impatti negativi reali e potenziali materiali, e dei rischi materiali, e di perseguire opportunità materiali o impatti positivi.	Rif. a pag. 19; 22; 23; 25; 32; 37. Paragrafi VSME C1-B2 (pag. 44-45).
ESRS_2_GDR_A	L'obiettivo di questo GDR è permettere la comprensione delle azioni chiave dell'impresa, intraprese o pianificate, per gestirne gli impatti materiali, i rischi e le opportunità e, quando applicabile, raggiungere gli obiettivi delle politiche correlate.	Rif. a pag. 21; 22; 23; 24; 27; 30; 35; 36; 37. Paragrafi VSME C1-B2 (pag. 44-45).

ESRS_2_GDR_M	L'obiettivo di questa DR è supportare la preparazione delle comunicazioni sulle metriche da parte dell'impresa.	Rif. a pag. 21; 22; 23; 24; 27; 30; 35; 36; 37. Paragrafi VSME C1-B2 (pag. 44-45).
ESRS_2_GDR_T	L'obiettivo di questo GDR è permettere di comprendere come l'impresa fissa gli obiettivi, così come definiti in termini di risultati attesi per le persone, l'ambiente o l'impresa stessa, e di come l'impresa monitori l'efficacia delle sue politiche e azioni in relazione ai suoi impatti materiali, rischi e opportunità, nonché i progressi complessivi e l'efficacia verso gli obiettivi adottati nel tempo. Ciò include – ove applicabile – se i progressi sono allineati a un piano d'azione correlato o se fatti e circostanze significative legate al piano d'azione influenzano il raggiungimento dell'obiettivo.	Rif. a pag. 21; 22; 23; 24; 27; 30; 35; 36; 37. Paragrafi VSME C1-B2 (pag. 44-45).
ESRS_E1	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative all'ESRS E1 Cambiamento Climatico in quanto questo argomento genera impatti materiali, rischi e opportunità (IRO) che coprono tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Qualora, a seguito della valutazione della materialità, l'impresa ritenesse di non dover riportare tutti i sotto-argomenti o i punti dati prescritti da questo Standard, si applica quanto previsto dal paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Rif. a pag. 20.
ESRS_E1_1	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere gli sforzi di mitigazione passati, presenti e futuri dell'impresa per garantire che la sua strategia e il modello di business siano compatibili con la transizione verso un'economia sostenibile e con la limitazione del riscaldamento globale a 1,5°C, in linea con l'Accordo di Parigi e gli obiettivi della Legge Europea sul Clima (Regolamento (UE) 2021/1119). Incluso il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2050.	Paragrafo VSME C3 (pag. 48).
ESRS_E1_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere come l'impresa identifichi e valuti i rischi e le opportunità legate al clima per la rilevanza finanziaria.	Paragrafo VSME C4 (pag. 48).
ESRS_E1_3	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere fino a che punto la strategia e il modello di business dell'impresa siano preparati e possano adattarsi a rischi rilevanti legati al clima.	Paragrafo VSME C4 (pag. 48).
ESRS_E1_4	La FDG deve divulgare le proprie politiche di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-P.	-
ESRS_E1_5	La FDG dovrà divulgare le sue principali misure di mitigazione del cambiamento climatico e le azioni e risorse di adattamento al cambiamento climatico e le risorse destinate alla loro attuazione, in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A	-
ESRS_E1_6	La FDG deve divulgare i propri obiettivi sul cambiamento climatico in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T.	-
ESRS_E1_7	L'obiettivo di questa DR è fornire una comprensione del consumo energetico e del mix energetico dell'impresa.	Paragrafo VSME B3 (pag. 49).

ESRS_E1_8	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere gli impatti diretti e indiretti dell'impresa sul cambiamento climatico come risultato delle attività nelle proprie operazioni e nella catena del valore a monte e a valle. La FDG deve dichiarare le emissioni lorde assolute di gas serra generate durante il periodo di riferimento, espresse in tonnellate metriche di CO2	Paragrafo VSME (pag. 49).	B3
ESRS_E1_9	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le azioni dell'impresa per ridurre e rimuovere permanentemente i gas serra dall'atmosfera e la quantità e la qualità dei crediti di carbonio che ha acquistato o intende acquistare dal mercato volontario.	-	
ESRS_E1_10	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere il ruolo della tariffazione interna del carbonio nel guidare le decisioni strategiche e operative dell'impresa per ridurre le emissioni di gas serra.	-	
ESRS_E1_11	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere come i rischi materiali e di transizione legati al clima identificati da FDG e le opportunità legate al clima siano destinate a influenzare la posizione finanziaria e le performance future dell'impresa. I paragrafi 38 e 41 di questo Standard aggiungono specifiche tematiche all'ESRS 2 SBM-3. Le informazioni richieste per questo DR fanno parte delle informazioni sugli effetti finanziari attuali e previsti richieste dall'ESRS 2 SBM-3.	-	
ESRS_E2	La dichiarazione di sostenibilità deve includere obbligatoriamente tutte le informazioni relative all'ESRS 2 Informazioni generali, a prescindere dall'esito della valutazione della materialità. Questo standard definisce la struttura fondamentale delle aree di segnalazione (Governance, Strategia, Gestione degli impatti e Metriche) e deve essere rendicontato integralmente in conformità ai Requisiti Generali ESRS 1.	Paragrafo VSME (pag. 48).	B4
ESRS_E2_1	L'azienda deve divulgare le proprie politiche relative all'inquinamento in conformità all'ESRS 2 GDR-P.	-	
ESRS_E2_2	L'azienda dovrà divulgare le sue principali azioni legate all'inquinamento e le risorse destinate alla loro attuazione in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A.	-	
ESRS_E2_3	L'azienda deve divulgare i propri obiettivi legati all'inquinamento in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T.	-	
ESRS_E2_4	Inquinamento di aria, acqua e suolo: - l'impresa deve comunicare le quantità di emissioni materiali di inquinanti (in massa, es. tonnellate o kg); - sulle microplastiche, deve indicare le quantità prodotte, utilizzate o rilasciate direttamente (primarie) e fornire informazioni qualitative su quelle secondarie (es. da usura di pneumatici o tessuti).	-	
ESRS_E2_5	Sostanze preoccupanti (SoC) e sostanze estremamente preoccupanti (SVHC): - le aziende del settore chimico devono indicare il peso totale di tali sostanze prodotte, acquistate o immesse sul mercato; - gli utilizzatori di articoli devono dichiarare il nome delle sostanze SVHC se presenti in concentrazione superiore allo 0,1% (ai sensi del regolamento REACH).	-	

ESRS_E3	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative all'ESRS E3 *Water* se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto-argomenti prescritti da questo Standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Paragrafo VSME (pag. 54).	B6
ESRS_E3_1	L'azienda deve divulgare le proprie politiche relative all'acqua in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-P.	-	
ESRS_E3_2	L'azienda dovrà divulgare le sue principali azioni legate all'acqua e le risorse destinate alla loro attuazione in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A.	-	
ESRS_E3_3	L'azienda deve divulgare i propri obiettivi legati all'acqua in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T.	-	
ESRS_E3_4	Metriche relative all'acqua - L'obiettivo di questa DR è permettere agli utenti di comprendere il comportamento dell'impresa. L'impresa deve comunicare le seguenti metriche relative alle risorse idriche per le proprie attività operative: a) consumo totale di acqua; (b) consumo totale di acqua in aree a stress idrico; c) prelievo totale di acqua; d) scarico totale di acqua; e) totale dell'acqua riciclata e riutilizzata; f) totale dell'acqua stoccata.	Paragrafo VSME (pag. 54).	B6
ESRS_E4	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative all'ESRS E4 Biodiversità ed Ecosistemi se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto-argomenti prescritti da questo Standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica *il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1* .	Paragrafo VSME (pag. 53).	B5
ESRS_E4_1	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere la risposta e il contributo dell'impresa alla transizione implicita dal Kunming-Montreal Global Biodiversity Framework (GBF), purché abbia in atto un piano di transizione per la biodiversità e gli ecosistemi e abbia reso pubbliche le sue caratteristiche chiave.	-	
ESRS_E4_2	L'impresa deve divulgare le proprie politiche sulla biodiversità e sugli ecosistemi in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-P.	-	
ESRS_E4_3	L'impresa dovrà divulgare le sue principali azioni e risorse legate alla biodiversità e agli ecosistemi destinate alla loro attuazione in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A.	-	
ESRS_E4_4	L'azienda deve divulgare i propri obiettivi di biodiversità ed ecosistemi in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T	-	

ESRS_E4_5	Metriche relative alla biodiversità: L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le prestazioni dell'impresa rispetto agli impatti, ai rischi e alle opportunità legati ai cambiamenti della biodiversità materiale e degli ecosistemi. L'impresa deve comunicare le seguenti informazioni relative agli impatti, ai rischi o alle opportunità materiali connessi alla biodiversità e al cambiamento degli ecosistemi: (a) le ubicazioni delle proprie attività operative cui si riferiscono gli impatti, i rischi o le opportunità materiali; (b) per tali ubicazioni, un elenco delle aree sensibili dal punto di vista della biodiversità (nome e tipologia) correlate agli impatti negativi materiali dell'impresa, ove presenti; (c) le attività dell'impresa correlate a impatti negativi materiali sulle aree sensibili dal punto di vista della biodiversità descritte alla precedente lettera (b).	-
ESRS_E5	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative all'ESRS E5 Uso di risorse ed economia circolare se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto-argomenti prescritti da questo Standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Rif. a pag. 23. Paragrafo VSME B7 (pag. 55).
ESRS_E5_1	L'azienda deve divulgare le sue politiche sull'uso delle risorse e sull'economia circolare in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-P.	-
ESRS_E5_2	L'azienda deve divulgare le sue principali azioni sull'uso delle risorse e nell'economia circolare in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A.	-
ESRS_E5_3	L'azienda deve divulgare l'uso delle risorse e gli obiettivi di economia circolare in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T.	-
ESRS_E5_4	Metriche relative alle risorse: L'obiettivo di questa DR è fornire una comprensione dei flussi di risorse dell'impresa. Questo include informazioni sui tipi e la circolarità delle risorse che entrano nell'impresa. L'impresa deve comunicare le seguenti informazioni: a) i materiali chiave utilizzati, fornendo per ciascuno una breve descrizione e specificando l'eventuale presenza di materie prime critiche e materie prime strategiche; b) il peso totale di tutti i materiali chiave; c) una ripartizione di ciascun materiale chiave, espressa in peso o come percentuale del peso totale di tutti i materiali chiave; d) le risorse secondarie utilizzate, espresse in peso o come percentuale del peso totale dei materiali chiave.	-

ESRS_E5_5	Metriche relative ai rifiuti: L'impresa deve comunicare le seguenti informazioni relative ai rifiuti derivanti dalle proprie attività operative: a) una descrizione dei flussi di rifiuti dell'impresa; b) il peso totale dei rifiuti generati; c) la quota di rifiuti sottratti allo smaltimento, espressa in percentuale rispetto al totale dei rifiuti generati, con una ripartizione tra rifiuti pericolosi e non pericolosi e una suddivisione per le seguenti tipologie di operazioni: (i) riutilizzo; (ii) riciclaggio; (iii) altre operazioni di recupero; d) la quota di rifiuti destinati allo smaltimento, espressa in percentuale rispetto al totale dei rifiuti generati, con una ripartizione tra rifiuti pericolosi e non pericolosi e una suddivisione per le seguenti tipologie di operazioni: (i) incenerimento; (ii) discarica; (iii) altre operazioni di smaltimento; e) la quota di rifiuti per i quali la destinazione finale è sconosciuta, espressa in percentuale rispetto al totale dei rifiuti generati.	Paragrafo VSME (pag. 55). B7
ESRS_S1	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative all'ESRS S1 Propria forza lavoro se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità, al fine di coprire tutte le aree di rendicontazione previste dai Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto-temi prescritti da questo standard devono essere riportati a seguito della valutazione di materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1, fatte salve le specifiche disposizioni relative a ESRS S1-5 e S1-6.	Rif. a pag. 29. Paragrafi VSME B2 e C2 (pag. 45).
ESRS_S1_1	L'impresa deve descrivere le proprie politiche per la gestione degli impatti materiali, dei rischi e delle opportunità relative alla propria forza lavoro in conformità con ESRS 2 GDR-P. Deve specificare se queste politiche coprono gruppi specifici all'interno della propria forza lavoro (ad esempio, dipendenti che lavorano in una determinata fabbrica o in una zona geografica o persone autonome) o tutta la propria forza lavoro.	Paragrafo VSME (pag. 62). C6
ESRS_S1_2	L'azienda deve divulgare il proprio approccio al coinvolgimento della forza lavoro e dei rappresentanti dei lavoratori, inclusa l'esistenza di canali attraverso cui i lavoratori possono segnalare preoccupazioni o bisogni, nonché l'approccio adottato per porre rimedio agli impatti negativi.	Paragrafo VSME (pag. 62). C6
ESRS_S1_3	L'impresa deve descrivere le azioni chiave e le risorse utilizzate per gestire i suoi impatti materiali positivi e negativi, i rischi e le opportunità relativi alla propria forza lavoro in conformità con ESRS 2 GDR-A.	-
ESRS_S1_4	L'impresa deve divulgare obiettivi qualitativi e/o quantitativi relativi alla propria forza lavoro in conformità con ESRS 2 GDR-T.	-
ESRS_S1_5	L'azienda deve fornire informazioni sulle caratteristiche dei propri dipendenti, incluse le dimensioni della forza lavoro, la distribuzione per genere e Paese, la tipologia contrattuale e il tasso di turnover, al fine di offrire un quadro delle pratiche occupazionali e della stabilità dell'impiego.	Paragrafo VSME (pag. 60). B8
ESRS_S1_6	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere quanto l'impresa dipenda dai non dipendenti come parte della propria forza lavoro.	Paragrafo VSME (pag. 57). C5
ESRS_S1_7	L'obiettivo di questa DR è permettere una comprensione della copertura dei contratti collettivi e del dialogo sociale per i dipendenti dell'impresa.	Paragrafo VSME (pag. 61). B10

ESRS_S1_8	L'obiettivo di questa DR è permettere una comprensione della diversità di genere ai livelli dirigenziali di alto livello.	Paragrafo VSME C5 (pag. 57).
ESRS_S1_9	L'azienda deve indicare se i propri dipendenti ricevono una retribuzione adeguata e descrivere i benchmark utilizzati per tale valutazione. Qualora non tutti i dipendenti ricevano una retribuzione adeguata (salario minimo se previsto dalla normativa nazionale) deve indicare i Paesi e la percentuale di dipendenti interessati.	Paragrafo VSME B10 (pag. 61).
ESRS_S1_10	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere se i dipendenti dell'impresa siano coperti dalla protezione sociale contro la perdita di reddito dovuta a eventi di vita importanti e, in tal caso, i paesi in cui ciò non è vero.	-
ESRS_S1_11	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere fino a che punto le persone con disabilità sono incluse tra i dipendenti dell'impresa.	-
ESRS_S1_12	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere le attività di formazione e sviluppo delle competenze che sono state offerte ai dipendenti nel contesto di una crescita professionale continua, per migliorare le proprie competenze e facilitare la continuazione dell'occupabilità.	Paragrafo VSME B10 (pag. 61).
ESRS_S1_13	L'azienda deve fornire metriche in materia di salute e sicurezza sul lavoro, incluse la copertura del sistema di gestione della salute e sicurezza, il numero di decessi, il numero e il tasso di infortuni registrabili, i casi di malattia professionale e i giorni persi.	Paragrafo VSME B9 (pag. 60).
ESRS_S1_14	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere il diritto dei dipendenti dell'impresa di prendere congedo familiare, che include congedo di maternità, congedo di paternità, congedo parentale e congedo per assistenti.	-
ESRS_S1_15	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere il divario salariale tra donne e uomini tra i dipendenti dell'impresa e il livello di disuguaglianza retributiva all'interno dell'impresa	-
ESRS_S1_16	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere in che misura gli episodi di discriminazione e altri incidenti di diritti umani influenzano la forza lavoro dell'impresa.	Paragrafo VSME B10 (pag. 62).
ESRS_S2	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative ai Lavoratori ESRS S2 nella Catena del Valore se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di rendicontazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto argomenti prescritti da questo Standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	-
ESRS_S2_1	L'impresa deve descrivere le proprie politiche per la gestione degli impatti materiali, dei rischi e delle opportunità relativi ai lavoratori nella catena del valore in conformità con ESRS 2 GDR-P. Deve specificare se queste politiche coprono gruppi specifici di lavoratori nella catena del valore (ad esempio, fasce d'età particolari o lavoratori in una determinata fabbrica o paese) o tutti i lavoratori della catena del valore.	-

ESRS_S2_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere l'approccio generale dell'impresa all'impegno con i lavoratori nella catena del valore, inclusa la disponibilità di canali per sollevare preoccupazioni o bisogni, come i meccanismi di reclamo, e il suo approccio al rimedio.	-
ESRS_S2_3	L'impresa deve descrivere le azioni e le risorse chiave utilizzate per gestire i suoi impatti materiali positivi e negativi, i rischi e le opportunità relativi ai lavoratori della catena del valore in conformità con ESRS 2 GDR-A.	-
ESRS_S2_4	L'impresa deve divulgare obiettivi qualitativi o quantitativi relativi ai lavoratori nella catena del valore in conformità con ESRS 2GDR-T.	-
ESRS_S3	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative alle Comunità Interessate da ESRS S3 se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto argomenti prescritti da questo Standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Rif. a pag. 26; 34; 36.
ESRS_S3_1	L'impresa descriverà le proprie politiche per la gestione degli impatti materiali, dei rischi e delle opportunità relative alle comunità interessate in conformità con ESRS 2 GDR-P. Dovrà specificare se queste politiche coprono specifiche comunità colpite (ad esempio, una comunità di popoli indigeni o una comunità che vive intorno a un sito) o tutte le comunità colpite.	-
ESRS_S3_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere l'approccio generale dell'impresa all'impegno con le comunità interessate, inclusa la disponibilità di canali per sollevare preoccupazioni o bisogni come i meccanismi di reclamo, e il suo approccio al rimedio.	-
ESRS_S3_3	L'impresa deve descrivere le azioni e le risorse chiave utilizzate per gestire i suoi impatti materiali positivi e negativi, i rischi e le opportunità relative alle comunità colpite in conformità con ESRS 2 GDR-A.	-
ESRS_S3_4	L'impresa deve divulgare obiettivi qualitativi e/o quantitativi relativi alle comunità interessate in conformità con ESRS 2GDR-T.	-
ESRS_S4	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative ai Consumatori e Utenti Finali ESRS S4 se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire tutte le aree di segnalazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Rif. a pag. 26; 34; 36. Paragrafo VSME C1 (pag. 44).
ESRS_S4_1	L'impresa deve descrivere le proprie politiche per la gestione degli impatti materiali, dei rischi e delle opportunità relativi ai consumatori e/o agli utenti finali in conformità con ESRS 2 GDR-P. Dovrà specificare se queste politiche coprono gruppi specifici (ad esempio, determinati gruppi d'età) o tutti i consumatori e/o gli utenti finali.	-
ESRS_S4_2	L'obiettivo di questa DR è permettere di comprendere l'approccio generale dell'impresa all'impegno con i consumatori e/o gli utenti finali, inclusa la disponibilità di canali per sollevare preoccupazioni o bisogni, come i meccanismi di reclamo, e il suo approccio al rimedio.	-

ESRS_S4_3	L'impresa deve descrivere le azioni e le risorse chiave utilizzate per gestire i suoi impatti materiali positivi e negativi, i rischi e le opportunità relativi ai consumatori e/o agli utenti finali in conformità con ESRS 2 GDR-A.	-
ESRS_S4_4	L'impresa deve divulgare obiettivi qualitativi e/o quantitativi relativi ai consumatori e/o agli utenti finali in conformità con ESRS 2 GDR-T.	-
ESRS_G1	La dichiarazione di sostenibilità deve includere informazioni relative alla Condotta Aziendale ESRS G1 se questo argomento riguarda impatti materiali, rischi e opportunità per coprire le aree di rendicontazione elencate nel paragrafo 5 dei Requisiti Generali ESRS 1. Se non tutti i sotto argomenti prescritti da questo standard devono essere riportati dopo la valutazione della materialità, si applica il paragrafo 30 dei Requisiti Generali ESRS 1.	Paragrafi VSME B2 e C2 (pag. 45).
ESRS_G1_1	L'azienda deve divulgare le proprie politiche relative alla condotta d'impresa in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-P. Deve inoltre indicare se dispone di politiche anticorruzione e anticoncussione coerenti con la Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione, se dispone di politiche per la protezione dei whistleblower e quali funzioni o ruoli risultano maggiormente esposti al rischio di corruzione o concussione.	Paragrafi VSME B2 e C2 (pag. 45).
ESRS_G1_2	L'azienda deve divulgare le proprie principali azioni relative alla condotta d'impresa in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-A. La disclosure deve includere, ove rilevante, le modalità di gestione delle relazioni con i fornitori, l'eventuale considerazione di fattori ESG nella selezione dei fornitori, la formazione ESG del team acquisti, il coinvolgimento dei fornitori per il miglioramento delle loro performance ESG e le procedure per prevenire, individuare, investigare e gestire episodi di corruzione o concussione.	-
ESRS_G1_3	L'azienda deve divulgare gli obiettivi qualitativi e/o quantitativi relativi alla condotta d'impresa in conformità con le disposizioni dell'ESRS 2 GDR-T. Tali obiettivi possono riguardare, ove materiali, il rafforzamento della cultura aziendale, la prevenzione della corruzione, la tutela dei segnalanti, la gestione responsabile dei fornitori, l'influenza politica e le pratiche di pagamento.	-
ESRS_G1_4	L'obiettivo di questa DR è garantire trasparenza su condanne, sanzioni e ammende relative a casi di corruzione o concussione nel periodo di rendicontazione. L'azienda deve divulgare il numero di condanne e sanzioni, incluso l'importo complessivo delle ammende, per violazioni delle normative anticorruzione e anticoncussione.	Paragrafi VSME B11 (pag. 63).
ESRS_G1_5	L'obiettivo di questa DR è consentire una comprensione delle attività e degli impegni dell'azienda relativi all'esercizio della propria influenza politica, incluse le attività di lobbying. L'azienda deve divulgare il valore monetario complessivo dei contributi politici finanziari e in natura, diretti e indiretti, aggregati per Paese o area geografica ove rilevante, il tipo di beneficiario, i principali temi oggetto delle attività di lobbying, le posizioni principali assunte e le eventuali nomine, nel periodo di rendicontazione, di membri degli organi amministrativi, di direzione o controllo che abbiano ricoperto posizioni comparabili nella pubblica amministrazione nei due anni precedenti.	-

ESRS_G1_6	L'obiettivo di questa DR è consentire una comprensione dei termini standard di pagamento e della performance dell'azienda rispetto ai pagamenti, con particolare attenzione ai ritardi nei pagamenti verso le PMI. L'azienda deve divulgare una descrizione dei termini standard di pagamento per principali categorie di fornitori, specificando quelli applicabili alle PMI se diversi da quelli generali, la percentuale dei pagamenti effettuati in linea con tali termini e il numero di procedimenti legali pendenti relativi a ritardi di pagamento.	-