

**DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 120 DEL 31/03/2023**

**OGGETTO:** Adozione preliminare del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'IRCCS Burlo Garofolo

**Sottoscritto dal Direttore Generale**

**Dott. Stefano Dorbolò**

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

**Su proposta della S.S.D. Programmazione e Controllo,**

preso atto del parere favorevole sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>	
<b>IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo</b>	<b>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</b>
<b>dott.ssa Alessandra Rachelli</b> <i>atto firmato digitalmente</i>	<b>dott.ssa Martina Vardabasso</b> <i>atto firmato digitalmente</i>
data 30 marzo 2023	data 30 marzo 2023

## IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il DL n. 80/2021, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PMisuNRR) e per l’efficienza della giustizia”, convertito in legge n. 113/2021, e in particolare l’art. 6 che introduce nell’ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione “per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla reingegnerizzazione dei processi di accesso”;

preso atto che con il DPR n. 81 del 24/6/2021 sono stati individuati i Piani assorbiti dal Piano Integrato di attività e organizzazione e che con il DM 24/6/2022 è stato definito lo schema tipo di PIAO, sia per le amministrazioni con più di cinquanta dipendenti sia per quelle con un numero inferiore di dipendenti;

verificato che il DL n. 198/2022 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, convertito con la L. n. 14/2023, all’ art. 10, comma 11 bis ha differito i termini di adozione del PIAO al 31 marzo 2023;

considerato che il PNA 2022, definitivamente adottato con delibera ANAC n. 7 dd. 17/1/2023, rinnova le direttive ANAC in materia di anticorruzione e trasparenza, fornendo, in modo particolare, un nuovo schema di griglia da applicare a tutte le sezioni dell’Amministrazione Trasparente (Allegato 2 - Parte generale - sottosezione PIAO PTCT) ed una nuova griglia per la Sezione “Bandi di gara e contratti” dell’Amministrazione Trasparente (Allegato 9 - Parte speciale - Obblighi di trasparenza contratti);

verificato che gli indirizzi programmatori della Regione Friuli Venezia Giulia relativi all’anno 2023 sono stati delineati nelle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale, approvate in via definitiva con la DGR n. 480/2023, e che le indicazioni per la predisposizione del Piano Attuativo e del Bilancio Preventivo 2023 sono state fornite dall’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) con nota prot. ARCS 11755 dd 22/3/2023;

considerato che le summenzionate indicazioni prevedono che la formalizzazione definitiva del Piano Attuativo e del Bilancio preventivo avvenga entro il 17/5/2023;

tenuto conto altresì che il Piano della Formazione, confluito nel PIAO, deve essere adottato entro il 31.3.2023 a mente delle succitate Linee di gestione 2023 e richiamata la deliberazione del Consiglio dell’ANAC ripresa nel Comunicato del Presidente dell’ANAC del 17.1.2023 che ha differito al 31.3.2023 il termine del 31 gennaio previsto per l’adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza unitamente a quello del PIAO;

ritenuto pertanto opportuno procedere all’approvazione preliminare del PIAO 2023-2025, nelle more della formale approvazione del PAO e Bilancio Preventivo 2023, senza quindi aggiornare la sezione relativa al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

e prevedendone contestualmente l'adozione definitiva entro 30 giorni dall'adozione del Bilancio Preventivo 2023, così come previsto dagli articoli 7 e 8 del succitato DM 24/6/2022;

atteso che la formazione del personale costituisce leva strategica al fine di mantenere, sviluppare ed aggiornare le conoscenze e le competenze dei professionisti necessarie per rispondere con maggiore efficacia ed efficienza ai bisogni dei pazienti e alle esigenze dei processi organizzative e operative del Sistema Sanitario;

preso atto che il Piano Formazione Aziendale (PFA), è coerente con le linee di gestione regionali soprarichiamate, con le linee aziendali di indirizzo strategico e con le disposizioni in tema di Formazione Continua in Medicina e costituisce parte integrante del PIAO e del presente provvedimento (Allegato 6);

specificato che il budget da assegnare al Centro Attività Formativa per l'anno 2023 è di € 107.000,00, di cui il 60% destinato agli eventi in sede (che rispondono agli obiettivi strategici e a quelli di struttura) e il 40% agli eventi esterni (convegni/corsi/stage presso strutture straniere o italiane di eccellenza);

verificato che il Comitato Scientifico della Formazione, nella seduta del 29 marzo 2023, ha espresso parere favorevole in merito al PFA 2023;

considerato che, al fine della predisposizione del PIAO, sono state coinvolte le strutture aziendali competenti negli ambiti previsti dal più volte richiamato DM 24/6/2022;

precisato che il precedente PIAO riferito al periodo 2022-2024 è stato adottato con decreto n. 175/2022;

dato atto che la programmazione aziendale, compresa quella in materia di formazione e di anticorruzione e trasparenza, è stata condivisa dalla Direzione Strategica con il Consiglio di Indirizzo e Verifica in data 16/3/2023, che ha dato parere favorevole (verbale n. 1/2023 prot. n. 3719 dd. 27.3.2023), con il Collegio di Direzione e con il Consiglio dei Sanitari, rispettivamente in data 16.3.2023 e 15.3.2023 e con le Organizzazioni sindacali di tutte le aree in data 29.3.2023, in ottemperanza alla normativa vigente;

verificato che i medesimi argomenti di cui sopra, compreso quindi il presente PIAO 2023-2025, sono stati illustrati all'Organismo Indipendente di Valutazione nel corso della seduta del 29/3/2023, durante la quale ne sono stati condivisi i contenuti e l'iter di approvazione;

ritenuto, pertanto, di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

ritenuto di incaricare la struttura SSD Programmazione e controllo di provvedere alla pubblicazione del PIAO sul sito web istituzionale e sul portale PIAO così come previsto dalla circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri/ Dipartimento della Funzione Pubblica;

riscontrato inoltre che sul presente decreto sono stati espressi i pareri favorevoli sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico;

## DECRETA

- 1) di adottare in via preliminare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di incaricare la struttura SSD Programmazione e controllo di provvedere alla pubblicazione del PIAO sul sito web istituzionale (Amministrazione Trasparente/ Disposizioni generali/ Documenti di programmazione strategico gestionale) e sul portale PIAO, così come previsto dalla circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri/Dipartimento della Funzione Pubblica;
- 3) di riservarsi di attribuire al Centro Attività Formative (C.A.F.), con successivo provvedimento, il budget annuale per l'attività formativa dell'IRCCS;
- 4) di trasmettere il PIAO 2023-2025 approvato in via preliminare, contenente l'Allegato 6 PAF 2023 alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità, come previsto dalle Linee di Gestione del SSR 2023;
- 5) di dare atto che nessun costo discende direttamente dal presente provvedimento.

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

<b>IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	<b>IL DIRETTORE SCIENTIFICO</b>	<b>IL DIRETTORE SANITARIO</b>
<b>dott.ssa Serena Sincovich</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 31 marzo 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	<b>prof. Massimo Zeviani</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 31 marzo 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	<b>dott.ssa Paola Toscani</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 31 marzo 2023 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

<b>DIRETTORE GENERALE</b>
dott. Stefano Dorbolò <i>atto firmato digitalmente</i>

<b>ELENCO ALLEGATI:</b>
1. PIAO preliminare 2023 - 2025

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 31/03/2023 12:30:22

IMPRONTA: 5BB7CA017591DC95A85E958E5EC736231F1622AF9F5F3877C10D966F15EC1FEE  
1F1622AF9F5F3877C10D966F15EC1FEE7C97C6E42F6FEE41F5A3FE4894D6E466  
7C97C6E42F6FEE41F5A3FE4894D6E4664789762BAA20F2D7C7D626996EFC340A  
4789762BAA20F2D7C7D626996EFC340ABDC022B3D09A2FA396B5A5281F000F70



**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico  
materno-infantile "Burlo Garofolo"**

**Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale  
per la salute della donna e del bambino**

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE**

**2023 - 2025**

**APPROVAZIONE PRELIMINARE**

## Sommario

<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA</b> .....	<b>4</b>
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>6</b>
2.1 VALORE PUBBLICO .....	6
2.1.1 Obiettivi strategici .....	6
2.2 Performance.....	12
2.2.1 Obiettivi performance.....	12
2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione.....	14
2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere .....	15
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	17
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	17
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno .....	24
2.3.3 Mappatura dei processi.....	30
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....	32
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio .....	37
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	53
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	56
<b>3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>59</b>
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	59
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	62
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	68
3.3.5 Formazione del personale .....	68
<b>4. MONITORAGGIO</b> .....	<b>70</b>
4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO.....	70
4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE.....	71
4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	71
4.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	71
<b>ALLEGATI</b>	
Allegato 1: Referenti linee di gestione 2023 .....	72
Allegato 2: Obiettivi per il raggiungimento delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere .....	106
Allegato 3: Registro dei rischi 2023 .....	110
Allegato 4: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio.....	120
Allegato 5: Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza – anno 2023.....	122
Allegato 6: Piano Formazione Aziendale .....	142

## PREMESSA

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito in legge n. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Si tratta di un documento di programmazione e *governance* unico che accorpa una serie di atti e piani già previsti dalla normativa. Successivamente il DM 24/6/2022 ha disciplinato i contenuti del PIAO ed il DPR n. 81 dd 24/6/2022 ha individuato gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO.

Con il PIAO, che ha durata triennale, ma è aggiornato annualmente "a scorrimento", si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi aspetti di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per gli utenti.

L'art. 6 del decreto legge 80/2021, prevede, in particolare, che il PIAO definisca:

- "gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b);
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione,
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

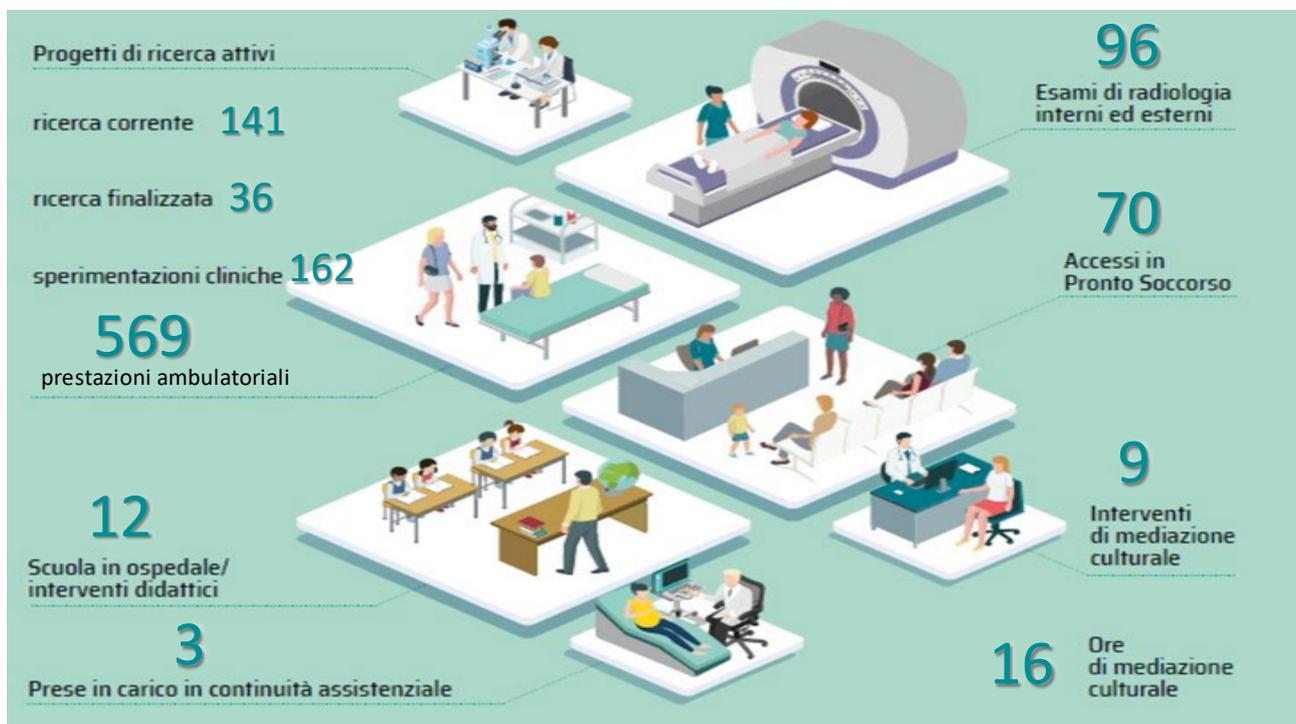
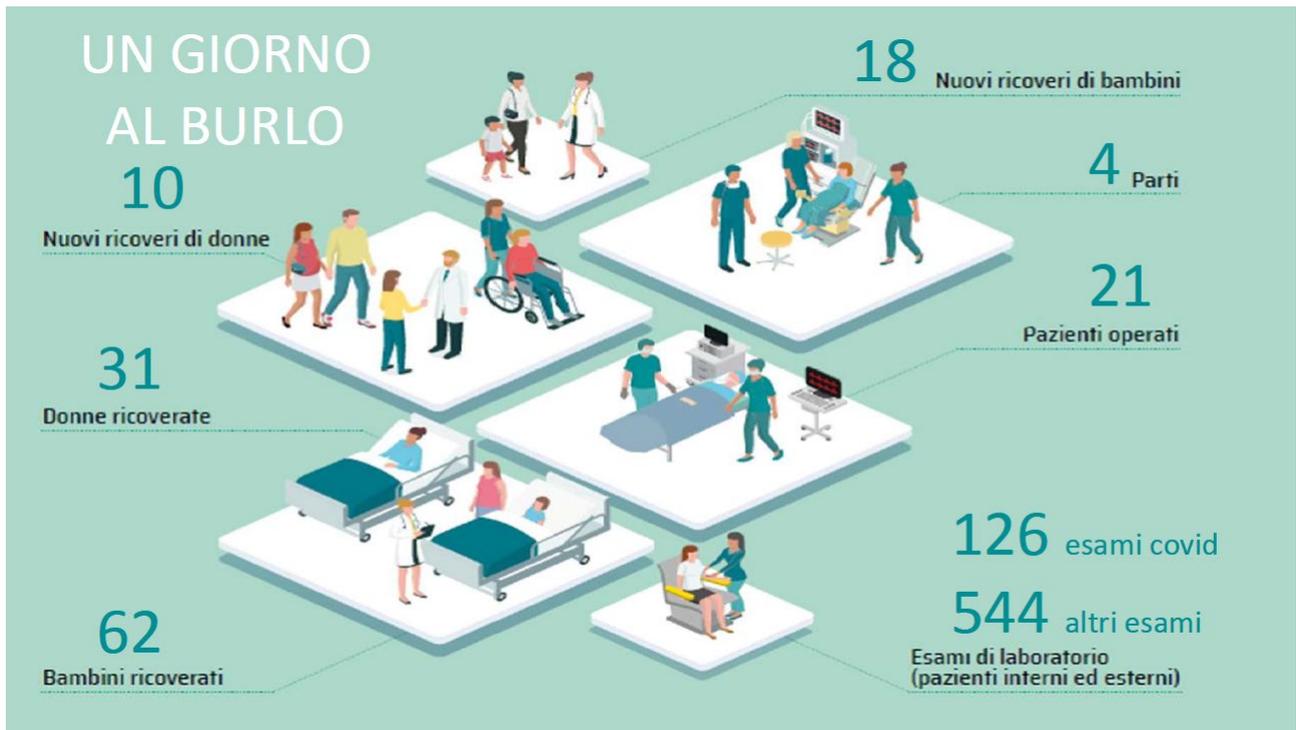
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.”

Il PIAO dell'IRCCS Burlo Garofolo per il 2023 è stato elaborato tenendo conto della struttura prevista del DM 24/6/2022, tenendo conto degli indirizzi della programmazione regionale (DGR 480/2023 relativa all'approvazione definitiva delle Linee di gestione 2023) e del PIAO 2022-2024, adottato in via sperimentale con decreto n. 175/2022. Il PIAO 2023-2025 viene approvato in adozione preliminare, nelle more della formale approvazione del PAO e Bilancio Preventivo 2023 in quanto il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale potrà essere formalmente definito solo contestualmente al Bilancio Preventivo.

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA

ENTE	IRCCS BURLO GAROFOLO
SEDE LEGALE	Via dell'Istria 65/1
SITO ISTITUZIONALE	<a href="http://www.burlo.trieste.it">www.burlo.trieste.it</a>
TELEFONO (Segreteria Direzione strategica)	0403785225
FAX	040666019
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
E-MAIL URP	urp@burlo.trieste.it
CODICE FISCALE/ PARTITA IVA	00124430323

Il Burlo è attivo nel campo dell'assistenza alla donna e ai bambini e nel campo della ricerca. L'immagine sottostante riproduce tutte le attività che mediamente si svolgono quotidianamente al Burlo (dati aggiornati al 2022).



## **2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE**

### **2.1 VALORE PUBBLICO**

#### **2.1.1 Obiettivi strategici**

In questa sottosezione di programmazione, viene illustrato il piano aziendale che vuol essere lo strumento attraverso il quale l'Azienda, nel quadro dei principi generali sanciti dalla missione aziendale e delle indicazioni regionali, delinea la visione strategica.

Il presente piano pertanto integra i precedenti piani performance/ di sviluppo strategico organizzativo aziendale già elaborati e formalmente approvati (Piano della performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022, adottato con decreto DG n.12/2020 e Piano della performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2021-2023, adottato con decreto DG n. 107/2021) ed il precedente PIAO 2022-2024, adottato in via sperimentale con decreto n. 175/2022.

Il piano triennale declina i principali obiettivi strategici aziendali, tenendo conto che la programmazione aziendale deriva strettamente da quella regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale (DGR) 480 del 17/3/2022 "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2023. Approvazione definitiva", con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi del Sistema sanitario regionale per l'anno in corso.

Nei settori di competenza, strategici per la sanità non solo regionale, il "Burlo Garofolo" affronta le sfide del triennio 2023-2025 con un programma che vuol essere di mantenimento, consolidamento e sviluppo delle attività qualificanti di clinica, assistenza, ricerca e didattica, in un contesto che richiede la stabilizzazione e l'ulteriore sviluppo di una rete integrata regionale e nazionale materno-infantile e dell'età evolutiva, che favorisca sinergie e alleanze per la condivisione di competenze, professionalità, tecnologie e modelli organizzativi.

Nei paragrafi successivi si evidenziano i principali obiettivi strategici nel campo dell'assistenza e in quello della ricerca.

#### **1 COVID - 19 - PIANO PER LA RISPOSTA ALL'EMERGENZA**

Il 2022 è stato ancora parzialmente condizionato dal perdurare dell'emergenza pandemica da virus SARS-COV-2.

Le principali misure di contenimento della pandemia, messe in atto al Burlo nel corso dell'ultimo triennio, sono state mantenute nel 2022; per quanto concerne il 2023 continua ad essere vigente l'obbligo di indossare le mascherine come stabilito a livello nazionale fino al 30.4.2023, data che viene considerata anche dalla direzione sanitaria il termine oltre il quale si potrà considerare superata l'emergenza con la cessazione anche dell'attività di sorveglianza sanitaria, salvo proroghe.

## 2 LOGISTICA

Dopo aver ricercato nel corso del 2020 soluzioni dirette a risolvere le criticità logistiche dell'Istituto anche attraverso un'analisi delle possibili soluzioni interne - che non sono risultate percorribili per ragioni di tempi, costi e vincoli urbanistici -, il finanziamento attribuito dalla Regione con DGR 1734 del 20 novembre 2020 ha permesso all'Istituto di acquisire - alla fine di marzo 2021 - gli spazi confinanti, pari a complessivi 3500 mq e tre edifici ed entrarne in pieno possesso nel successivo mese di luglio.

Nel corso del 2021 si è dato tempestivamente avvio ai lavori del primo dei tre edifici, nel quale sono stati trasferiti (primo trimestre 2022) parte degli uffici amministrativi, tecnici e della formazione: lo spostamento dei predetti uffici nel comprensorio limitrofo permette - intanto parzialmente - una collocazione più rispondente alle esigenze del nuovo profilo professionale dei ricercatori e del personale a supporto della ricerca, oltre che lo sviluppo delle aree di laboratorio, negli spazi liberati con tale trasloco e la disponibilità di due appartamenti ad uso foresteria per le famiglie dei pazienti a lungo ricovero.

Nel corso del 2022 si è proceduto alla ristrutturazione del civico 59 e all'avvio dei lavori presso il civico 63, che si concluderanno entro il primo semestre del 2023, e che consentiranno lo spostamento di diversi servizi dalla sede centrale, con la revisione logica degli spazi, la ristrutturazione del civico n. 61 dell'OSG.

Nel corso del 2023 verrà inoltre conclusa la strutturazione di due posti letti di terapia intensiva e la nuova sala d'attesa/CUP/atrio centrale, altro lotto di messa a norma antincendio dell'ospedale, il completamento della pavimentazione del corridoio dell'edificio ospedale, l'ampliamento della biorepository, il nuovo sistema di parcheggi e l'aula didattica natura WWF in collaborazione con gli istituti scolastici. E' in fase valutativa l'avvio di altri lavori che interessano la diagnostica prenatale, l'area emergenza ostetrico-ginecologica, l'hospice pediatrico, la sala di crioconservazione, il sovrappasso per OSG, gli spogliatoi al V piano del plesso ospedaliero e l'oncologia.

## 3 ATTUAZIONE DEL NUOVO ATTO AZIENDALE

Nel corso del 2022 è stato adottato con decreto n. 62/2022 il nuovo Atto aziendale e sono stati effettuati i fondamentali passaggi successivi: la formalizzazione dell'assetto delle strutture semplici, del funzionigramma, del regolamento organizzativo e dei regolamenti sugli incarichi dirigenziali, con le necessarie ricognizioni, che consentiranno di coprire tutta l'organizzazione aziendale. Sono già in corso nei primi mesi del 2023, le procedure per il conferimento degli incarichi gestionali ancora vacanti. Seguiranno gli incarichi professionali della dirigenza e la definizione del nuovo assetto - con conseguente attribuzione - degli incarichi del comparto.

E' inoltre in corso la ridefinizione dell'Atto aziendale, entro la data del 31.3.2023, in attuazione

di quanto previsto dal D. Lgs 200/2022, relativo alla riforma degli IRCCS;

Il 10.3.2023 l'Istituto ha, quindi, trasmesso alla DCS, all'ARCS e all'Università degli studi di Trieste (UNITS) la proposta di modifica del proprio Atto Aziendale in cui, per meglio adempiere alle istanze di cui alla riforma, vengono toccati i seguenti punti:

- ❑ articolazione di una sezione specifica - allegato c) del documento - per le funzioni della ricerca;
- ❑ definizione più puntuale dei requisiti degli organi di governo (Direttore generale e scientifico);
- ❑ dettaglio delle funzioni del Direttore scientifico;
- ❑ approfondimento degli ambiti di sinergia tra assistenza, didattica e ricerca;
- ❑ revisione dell'organizzazione interna della Direzione scientifica in cui è stabilita l'afferenza dell'URC alla SC Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari e vengono approfonditi gli ambiti di competenza della Biblioteca scientifica, dell'Ufficio trasferimenti tecnologico, del Grant Office e della gestione finanziaria, tutti collegati all'Area amministrativa.

#### 4 RICERCA E RIFORMA IRCCS

Nell'anno 2022 è formalmente decorso il biennio di riconoscimento IRCCS. In data 07/11/2022 è stato trasmesso al Ministero della Salute il modulario allegato B previsto dal D.M. 14 marzo 2013, come modificato dal D.M. 5 febbraio 2015, contenente i dati riferiti all'ultimo biennio concluso di attività dell'IRCCS. Allo stato, l'Istituto è in attesa di conoscere le date previste per la *site visit* ministeriale.

Il Dlgs 200/2022 prevede l'obbligo di comunicare, entro il 31.03.2023:

- l'afferenza a una o più Aree tematiche di cui all'allegato 1 del Dlgs. n.200/2022: ad es. Pediatria; Geriatria; Ostetricia-Ginecologia; Cardiologia; Endocrinologia; etc.
- le linee di ricerca secondo lo schema utilizzato per la Programmazione 2022-2024: 1) Salute Feto-neonatale; 2) Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza; 3) Innovazione diagnostica avanzata.

I nuovi indicatori di valutazione introdotti dal D.Lgs 200/2022 sono:

- IFN (soglie di 500 punti/anno per tutte le aree tematiche ad esclusione di Pediatria, Ematologia ed Immunologia, Geriatria, Malattie infettive, per le quali la soglia è di 700 punti/anno, e delle aree di Neurologia, Oncologia e Cardiologia-Pneumologia per le quali la soglia viene fissata a 900 punti di IFN/anno);
- Field Weight Citation delle pubblicazioni;

- % di collaborazioni internazionali delle pubblicazioni;
- % di collaborazioni nazionali delle pubblicazioni (> 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale e quella europea).

## 5 RETE REGIONALE PEDIATRICA E CURE PALLIATIVE

Nel 2022 sono state ridefinite le modalità di governance della Rete pediatrica, attivata nel 2018 e riorganizzata nel 2021 secondo il modello di riferimento per la costituzione delle reti cliniche definito da ARCS. Il governo della rete è stato affidato al Comitato per il governo della rete pediatrica, coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo. Nel 2022 alla rete sono stati attribuiti l'obiettivo di definire le caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione dei livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione e quello di identificare un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica.

Nel 2023 il governo della rete dovrà elaborare un protocollo assistenziale in ambito onco-ematologico per la rete oncologica, proporre interventi per ridurre gli accessi impropri al PS e attivare n. 2 posti letto in hospice pediatrico.

## 6 RAPPORTI CON UNIVERSITÀ

Negli anni il rapporto fra l'IRCCS Burlo Garofolo e l'Università degli Studi di Trieste è andato via via sempre più consolidandosi e rafforzandosi al fine di consentire quella indissolubile integrazione fra assistenza, didattica e ricerca in ambito materno-infantile, che rappresenta la miglior garanzia di poter continuare a svolgere il proprio ruolo di riferimento per l'area materno-infantile.

Nel corso del 2022 è proseguita l'elaborazione di obiettivi condivisi con l'Università degli Studi di Trieste, in particolar modo nell'ambito della ricerca e della formazione e la collaborazione con il Dipartimento di Area Medica - DAME dell'Università degli Studi di Udine per la realizzazione e lo sviluppo di progetti, programmi e attività di ricerca e divulgazione, di comune interesse relativi alla valutazione degli effetti delle esposizioni prenatali a basse dosi al mercurio e ad altri contaminanti sul neurosviluppo dei bambini.

La sinergia e la collaborazione tra l'Istituto e l'Università sono altissime e si concretizzano nella pratica quotidiana anche in un grande contributo da parte del personale ospedaliero (medici e comparto) sia alla ricerca sia, soprattutto, alla didattica con partecipazione attiva come docenti ai tirocini degli studenti dei corsi di ostetricia, ginecologia e pediatria.

L'efficacia di questa interazione è confermata dal ranking dei giudizi degli studenti del sesto anno che vede i tirocini al Burlo definiti come i migliori in assoluto del corso di Medicina.

Sono in via di sottoscrizione:

- l'Accordo attuativo del Protocollo d'Intesa ex DGR n. 1608/2021 tra Burlo-Università degli Studi di Trieste che fornisce la disciplina di dettaglio su individuazione e direzione delle strutture assistenziali, personale universitario che svolge attività assistenziale e utilizzo dei locali e attrezzature/manutenzioni con annessi criteri di ripartizione dei relativi costi;
- l'Accordo quadro tra l'Università degli Studi di Trieste e il Burlo (cd Accordo piattaforma della ricerca), che definisce le attività scientifiche, tecnologiche, di formazione e di trasferimento tecnologico di comune interesse regola l'apporto dei rispettivi ricercatori istituisce una Piattaforma congiunta per la programmazione integrata e lo svolgimento sinergico di progetti o programmi di ricerca comuni.

## 8 FORMAZIONE

I contenuti della programmazione annuale della formazione 2023 sono dettagliatamente descritti nel paragrafo 3.3.5. Le aree formative in cui è articolata sono: area di sviluppo strategico, delle competenze relazionali, settore amministrativo e gestionale/organizzativo. Nel corso del 2023 si prevede l'organizzazione di alcuni progetti a livello regionale (capofila il Burlo) in materia di emergenza/urgenza, alimentazione e infezioni ospedaliere.

Nella programmazione 2023 si trovano proposte per il PFA (Piano formativo aziendale): n. 155 eventi formativi di cui 8 nella sezione emergenza-urgenza e 17 in materia di prevenzione e protezione aziendale. Saranno oggetto di definizione gli eventi per il PFR (Piano formativo regionale). Infine, vengono elencati i progetti regionali: disostruzione per personale scolastico, Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e quelli finanziati da PNRR: infezioni ospedaliere.

## 9 SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI FASE I

Il 27.7.2022 è stata inoltrata la domanda di certificazione; la norma prevede che il primo arruolamento possa avvenire dopo 90 giorni (27.10.2022). E' stato proposto il primo studio che ha ottenuto il parere favorevole del CEUR (Studio multicentrico, in aperto di fase 1/2 per valutare la farmacocinetica, la sicurezza e la tollerabilità di naldemedina in pazienti pediatriche che sono o che stanno per essere trattati con oppioidi).

Seguirà, nel corso del 2023, la *site initiation visit* e il successivo avvio del reclutamento.

## 10 SCREENING NEONATALI

Il programma di screening neonatale regionale, che è offerto a tutti i nuovi nati per la diagnosi precoce di fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, deficit di biotinidasi, sordità congenita e cataratta congenita, nonché per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie, è coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo, che, negli anni, ne ha monitorato l'attuazione, dandone riscontro alla DCS.

Proseguirà anche nel corso del 2023 l'attività di coordinamento. Inoltre la Regione ha

individuato nel Burlo il centro di riferimento regionale per lo screening della fibrosi cistica sui neonati e dei successivi test di conferma diagnostica, che si prevede di avviare a partire dal 1/5/2023.

## **11 VALORIZZAZIONE ECONOMICA DELL'ATTIVITÀ E DELLA PRODUZIONE**

Sono note, a livello nazionale e regionale, le difficoltà che il sistema di remunerazione vigente comporta nel riuscire a garantire la sostenibilità delle cure ospedaliere erogate ai pazienti pediatrici e neonatali.

L'obiettivo anche per il 2023 è quello di individuare, d'intesa con la Direzione Centrale Salute ed ARCS, uno strumento di riconoscimento economico e di finanziamento dell'attività altamente specialistica dell'IRCCS, non comparabile alle prestazioni per adulti.

Un parziale riconoscimento della complessità delle attività svolte dagli ospedali pediatrici monospecialistici è stato introdotto dall'accordo Stato - Regioni (accordo CSR 18/10/2018, integralmente ripreso dalla CSR 174 dd 22/9/2021), che prevede per tali ospedali un incremento del 20% delle tariffe per 119 DRG di alta complessità ed un ulteriore incremento del 7% per quegli Istituti Pediatrici monospecialistici presso i quali sono svolti, in forma esclusiva, insegnamenti del triennio clinico di pediatria, di formazione della facoltà di medicina e chirurgia.

Detto accordo classifica l'IRCCS Burlo Garofolo quale Ospedale Pediatrico monospecialistico e risulta pienamente applicato per la remunerazione dei ricoveri erogati dall'Istituto a favore di pazienti extraregionali.

Le summenzionate regole potrebbero però trovare applicazione anche per l'attività erogata a favore dei pazienti regionali, in virtù del riconoscimento della specificità pediatrica del Burlo in ambito regionale. La differenza di valorizzazione relativa alla mobilità interregionale risulterebbe distribuita tra gli enti del SSR, senza determinare un fabbisogno di finanziamento aggiuntivo ma operando una compensazione tra aziende territoriali e IRCCS.

## **12 FONDAZIONE**

Si ritiene indispensabile il supporto e il sostegno all'attività istituzionale dell'IRCCS da parte della "Fondazione Burlo Garofolo", ridefinita nel suo assetto con le nuove nomine dei componenti dei relativi organi.

In particolare nel corso del 2023 la Fondazione supporterà l'IRCCS con le seguenti acquisizioni e attività: l'acquisto di un braccio robotico per allestimento di farmaci non antitumorali a dosaggio pediatrico, la sinergia per realizzazione aula didattica naturalistica WWF nel parco dell'O.S.G., l'abbellimento del Pronto Soccorso a misura di bambino, l'acquisizione di cullette per puerperio e di un medico pediatra, la messa a disposizione di tre appartamenti ad uso foresteria per utenza gravidanza a rischio e la realizzazione della nuova sede Fondazione.

## 13 EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

Nel corso del 2022 sono stati realizzati gran parte degli investimenti ~~sono stati eseguiti~~, tra questi è completato il relamping (sostituzione della precedente illuminazione delle aree comuni con tecnologia LED), è stata completata l'installazione del trigeneratore, il cui funzionamento sarà possibile appena installano il contatore di consegna di energia alla rete (obbligatorio), sono in stato avanzatissimo i lavori di efficientamento sulle macchine attuali, completato al 90%, in attesa il completamento relativo alla palazzina laboratori per la produzione di acqua calda nella stagione estiva.

Anche Opera San Giuseppe è stata oggetto di efficientamento con il completamento dei lavori in centrale termica dell'edificio 59, mentre sono in corso i lavori delle centrali del 61 e del 63 che in ogni caso saranno completati prima della messa in esercizio dei nuovi fabbricati

Nel corso del 2023 sarà attivato il civico 63 ad utilizzo ambulatoriale, mentre il 61 sarà occupato nel corso del 2024

Nell'allegato 1 sono illustrati gli obiettivi regionali di cui alla DGR 480/2023 (Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2023 - approvazione definitiva), con i risultati attesi per il 2023, il direttore di area ed i referenti aziendali individuati al fine di agevolarne il conseguimento e la rendicontazione.

## 2.2 PERFORMANCE

### 2.2.1 Obiettivi performance

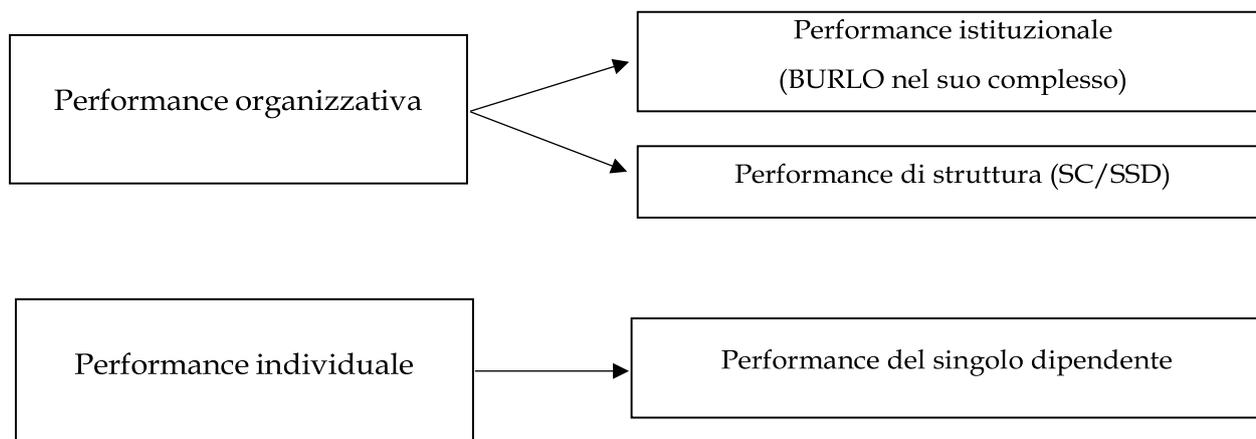
L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

La presente sottosezione sostituisce quindi il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009.

L'IRCCS Burlo, quale pubblica amministrazione, è tenuto alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento:

1. all'azienda nel suo complesso
2. alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola
3. ai singoli dipendenti.

Rispecchiando i sopracitati tre ambiti di misurazione e valutazione della performance, il Burlo definisce:



Performance organizzativa ed individuale sono da considerarsi strettamente collegate ed integrate in tutto il ciclo di gestione della performance, pertanto qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell’Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall’organizzazione nel suo complesso.

La performance organizzativa esprime il risultato raggiunto dall’IRCCS sia nel suo complesso che nelle sue varie articolazioni, nel perseguimento degli obiettivi istituzionali, strategici ed operativi definiti dalla programmazione regionale e declinati annualmente in sede di “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario regionale”.

La valutazione della Performance organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell’Atto Aziendale.

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle singole unità organizzative nell’ambito del processo di Budget.

Il processo di budget si colloca nel più ampio processo di programmazione e controllo annuale, disciplinato dalle vigenti leggi nazionali e regionali in materia.

Gli esiti del percorso di budget e le relative schede verranno formalizzate con apposito decreto e la valutazione della performance organizzativa ed individuale seguirà l’iter disciplinato dal Sistema di misurazione e valutazione della Performance, di cui al proprio decreto n. 224/2022, pubblicato sul sito istituzionale al seguente percorso: [https://www.burlo.trieste.it/amministrazione trasparente/performance/sistema-misurazione-valutazione-della-performance](https://www.burlo.trieste.it/amministrazione-trasparente/performance/sistema-misurazione-valutazione-della-performance).

## 2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione

Per quanto attiene la digitalizzazione, il Burlo, al fine di tutelare l'autonomia tecnologica del Paese, consolidare e mettere in sicurezza le proprie infrastrutture digitali e i propri sistemi informatici, garantendo, al contempo, la qualità, la sicurezza, la scalabilità, l'efficienza energetica, la sostenibilità economica e la continuità operativa dei sistemi e dei servizi digitali, si avvale della società in house regionale Insiel S.p.A.- qualificata dall'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) quale Cloud Service Provider con livello QI1 - nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Il Burlo si prefigge fra i suoi principali obiettivi, come da Strategia Cloud Italia realizzata dal Dipartimento per la trasformazione digitale e da ACN, l'applicazione dei principi Cloud First - SaaS (Software as a Service) First, acquisendo i nuovi servizi cloud solo se qualificati da ACN, ovvero consultando il Catalogo dei servizi cloud qualificati da ACN per la PA.

Nel merito della "semplificazione ed innovazione digitale", come stabilito dal decreto legge omonimo, l'istituto si avvale della società in house regionale Insiel S.p.A. per:

- integrare nei propri sistemi informativi di accesso ai servizi online - inseriti di fatto in un contesto non solitario, ma regionale - SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) e CIE (Carta d'Identità Elettronica) come unico sistema di identificazione per l'accesso ai servizi digitali;

- integrare la piattaforma pagoPA nei sistemi di incasso per la riscossione delle proprie entrate; sia in ambito sanitario, quanto amministrativo.

Nel merito della digitalizzazione tramite iniziative PNNR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e sempre in un contesto regionale quindi con co-attori le altre aziende sanitarie regionali, la società in house regionale Insiel S.p.A quale connettore e fornitore di servizi digitali e le aziende esterne partecipanti ai bandi, l'istituto partecipa agli aggiornamenti sulla cartella clinica elettronica regionale, sul potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0), su servizi di telemedicina, sul potenziamento della connettività della struttura sanitaria con banda ultra larga a 10Gbps grazie al "Piano Sanità Connessa".

Nel merito della digitalizzazione, inoltre, sia in ambito sanitario che amministrativo continuano ad essere fornite le smart card per la firma digitale, siano esse definitive o temporanee (cd "carte jolly"), necessarie per consentire la possibilità immediata di firma ai nuovi assunti o a coloro che abbiano smarrito o danneggiato la propria carta definitiva.

L'attività di supporto per l'utilizzo della firma dei referti ambulatoriali, delle lettere di dimissione, di trasferimento e di DH, dei verbali di Pronto Soccorso e degli atti amministrativi va a pari passo, consolidando e promuovendo l'utilizzo dei sistemi di firma digitale.

Per accessibilità si intende la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità

necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari. Il Burlo si prefigge di iniziare un percorso di esecuzione dell'analisi dell'usabilità dei siti web in gestione, iniziando dal sito istituzionale principale e nel continuare interventi di formazione dei propri dipendenti mirati all'acquisizione ed aggiornamento di competenze specifiche sugli aspetti tecnici e normativi per la diffusione del know necessario, in primis ai gestori dei portali web che sono più a contatto con queste realtà.

Nell'ambito dell'accessibilità l'Istituto si prodiga, inoltre, nell'apertura di nuovi portali riferiti a progetti, di far raggiungere by desing i criteri di successo per le WCAG, come da linee guida AGID.

### 2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere

Nell'ambito della strategia europea per la parità di genere l'adozione di un *Gender Equality plan* (GEP) rientra tra le misure attivate dalla Commissione Europea per promuovere l'uguaglianza di genere nella ricerca e nell'innovazione.

In quest'ottica il nuovo programma quadro per la ricerca e l'innovazione per il periodo 2021-2027, *Horizon Europe*, ha introdotto nuove disposizioni per rafforzare l'equità di genere nelle organizzazioni europee. In particolare, per tutti gli enti che svolgono attività di ricerca e gli istituti di educazione superiore l'adozione di un *Gender Equality Plan* (GEP) è divenuto requisito fondamentale per l'accesso ai finanziamenti del programma di ricerca *Horizon Europe*.

Parallelamente e in analogia con *Horizon Europe*, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) condiziona l'accesso ai finanziamenti per la ricerca e l'innovazione per tutte le organizzazioni pubbliche e private alla adozione del Bilancio di Genere e del GEP, prevedendo esplicitamente all'interno dei bandi il rispetto del principio di *gender equality* fino a indicarlo, ad esempio, come un requisito fondamentale per l'accesso ai fondi percentuali minime (30%) da riservare alle ricercatrici donne coinvolte nelle progettualità, pena l'esclusione.

Nel contesto specifico delle organizzazioni di ricerca, la Commissione Europea definisce un GEP come un piano strategico volto a:

- identificare le dimensioni della discriminazione di genere nell'organizzazione;
- identificare e attuare strategie innovative per correggere qualsiasi tipo di disparità;
- definire obiettivi e processi di monitoraggio dei progressi tramite degli indicatori.

I GEP sono oggi il principale strumento per influenzare il cambiamento istituzionale sistematico in termini di divario di genere attraverso:

- l'individuazione di strategie di sviluppo delle risorse umane nella *governance* istituzionale;

- la destinazione dei fondi per la ricerca.

I GEP si inseriscono nella programmazione degli Enti che svolgono attività di ricerca -sono sincronizzati con il Piano di Azioni Positive (PAP) redatti in linea con il -Bilancio di genere.

Il GEP dell'IRCCS Burlo Garofolo prevede la creazione di una apposita "Cabina di regia" coordinata dalla Direzione Scientifica (dirigente e un collaboratore), alla quale partecipano la S.C. Affari generali e Legali (un collaboratore) la S.S.D Politiche del Personale (due collaboratori), l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (dirigente o collaboratore), il Comitato Unico di Garanzia (presidente o vice presidente) e la Referente per l'IRCCS e per la Regione Friuli Venezia Giulia della Medicina di Genere.

L'Istituto adotta le strategie necessarie per realizzare il GEP nel rispetto della normativa vigente, anche con riguardo alla contrattazione collettiva di riferimento, sentito il Comitato Unico di Garanzia (CUG).

La Cabina di regia verificherà e monitorerà l'avanzamento delle attività di attuazione del GEP e predisporrà con cadenza semestrale specifici report sulle predette attività.

Il GEP dell'IRCCS individua 6 macro-aree, nell'ambito delle quali sviluppare azioni di miglioramento nel corso del 2023:

1. EQUILIBRIO VITA PRIVATA/VITA LAVORATIVA E CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE
2. EQUILIBRIO DI GENERE NELLE POSIZIONI DI VERTICE E NEGLI ORGANI DECISIONALI
3. UGUAGLIANZA DI GENERE NEL RECLUTAMENTO E NELLE PROGRESSIONI DI CARRIERA
4. INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA
5. CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE, COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI
6. FORMAZIONE VOLTA ALLA PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DEL GENDER

Le schede analitiche relative a ciascuna area di miglioramento, corredate da idonei indicatori e strutture coinvolte sono riportate nell'allegato 2.

Presso l'IRCCS è inoltre attivo il "Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni", organismo previsto dalla legge 183/2010, che sostituisce, unificandoli, i comitati per le pari opportunità e per il fenomeno del mobbing. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle

organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti. È tenuto ad esplicitare le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'amministrazione ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica in precedenza demandati ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul Mobbing. Promuove, altresì, iniziative che accrescano la cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

Al Comitato Unico di Garanzia (in seguito CUG) sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica in ordine all'ottimizzazione della qualità del lavoro pubblico, al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegate alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativi e del contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica per i lavoratori.

Nell'ambito delle attività propositive per la realizzazione di azioni positive si inserisce la partecipazione alla redazione, applicazione e monitoraggio del Gender Equality Plan da estendere nei principi e negli obiettivi all'intera platea di lavoratori. A tal fine sono previsti incontri periodici della "cabina di regia" con cadenza semestrale.

Il CUG redige annualmente una relazione sulla situazione del personale, riferita all'anno precedente, riguardante l'attuazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro - mobbing, nonché il monitoraggio degli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, sulle indennità e sugli Incarichi di Organizzazione al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne.

## **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno**

Come rilevato dall'Autorità Anticorruzione, i contesti di riferimento esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'Amministrazione e rappresentano uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e le relative misure.

### **PNRR**

Un importante strumento messo in campo dal Governo in questa delicata e particolare fase di gestione emergenziale è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato dall'Italia, definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021, quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico, che prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi

strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale.

All'interno del PNRR è prevista la Missione 6 - SALUTE articolata in due componenti (C1 e C2):

- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

La pandemia ha infatti reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Con delibera n. 102/2022 la Regione Friuli Venezia Giulia ha istituito una Cabina di regia del PNRR, presieduta dall'Assessore alle Finanze che garantirà il raccordo con la Giunta regionale esercitando il potere di indirizzo e impulso sull'attuazione del Piano e con decreto n. 45 dd. 31.3.2022 l'Istituto ha nominato il responsabile del procedimento nell'ambito del PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 - 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie).

A fronte dell'ingente stanziamento di risorse finalizzato al rafforzamento della rete ospedaliera, al potenziamento dell'assistenza territoriale ed al reclutamento di personale sanitario in deroga alla normativa sul pubblico impiego, nell'ambito di un sistema di controlli solo apparentemente più snello, il rischio di corruzione è elevato. Per evitare la configurazione di illeciti penali è necessaria l'adozione di idonei sistemi di prevenzione e la predisposizione di adeguati assetti organizzativi, che rappresentano l'unico strumento in grado di gestire e ridurre, ove possibile, il rischio di condotte criminose anche in contesti emergenziali.

L'IRCCS ha individuato il referente aziendale con nota prot. 11265/2022.

## **DESCRIZIONE DEL CONTESTO ESTERNO**

L'analisi del contesto esterno è volta ad evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente in cui opera l'IRCCS Burlo Garofolo possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

## IL CONTESTO ESTERNO SOCIO ECONOMICO E LA CRIMINALITÀ

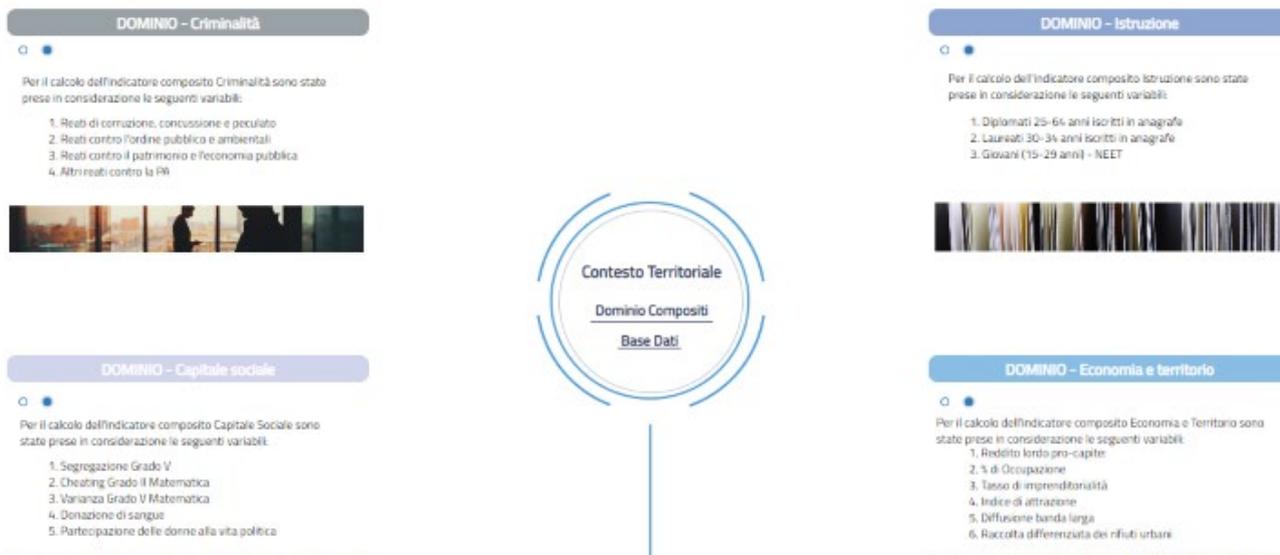
L'analisi del contesto esterno ha come finalità l'identificazione, la ricognizione e la valutazione delle caratteristiche ambientali nelle quali l'IRCCS Burlo Garofalo opera e di misurare come queste possano influenzare il verificarsi di fenomeni corruttivi sul territorio.

L'ANAC ha individuato e codificato degli "indicatori di contesto" che misurano il rischio a livello territoriale<sup>1</sup>.

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici sottoelencati.

- La criminalità: la diffusione della corruzione può essere influenzata dal rispetto delle norme di legge da parte del cittadino dall'efficacia del sistema giuridico e dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive
- Il capitale sociale: maggiore fiducia nelle istituzioni e nel corpo politico (verticale) e nelle relazioni sociali interpersonali (orizzontale) è associata a minor corruzione. Infatti, la coesione delle comunità di appartenenza e l'affidabilità e lealtà degli attori pongono le basi per un sano sviluppo delle transazioni economiche e delle relazioni tra cittadini e istituzioni
- L'istruzione: livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione, e quindi livelli più bassi di capitale umano. Gli individui con livello di istruzione più elevati tendono ad essere più impegnati nelle libertà civili, più consapevoli degli standard internazionali e meno tolleranti nei confronti della corruzione.
- L'economia e il territorio: il livello e l'uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esterni e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, il grado di competizione dei mercati, la libertà economica, se elevati, sono fattori associati a bassi livelli di corruzione.

Gli indicatori micro tematici sono illustrati nella tabella che segue:



<sup>1</sup> Fonte: Sito Anac

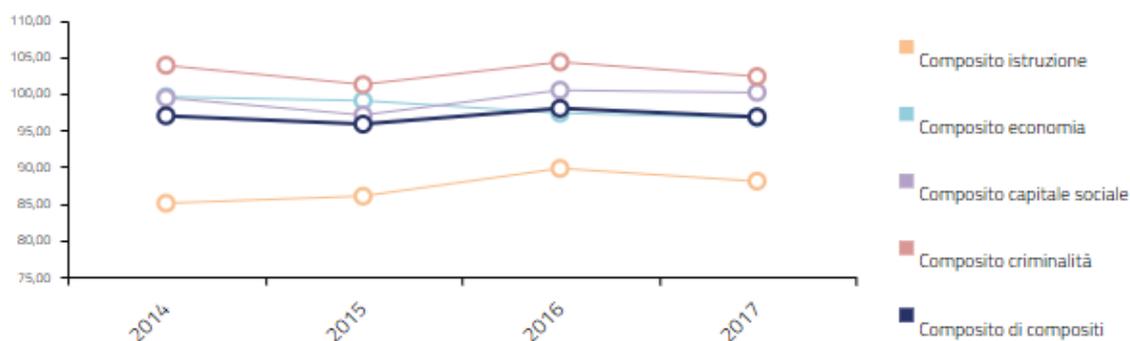
La metodologia utilizzata è impiegata già da molti anni per la misurazione di fenomeni complessi multidimensionali. I dati sono analizzati su base provinciale.

I quattro domini tematici (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità) sono sintetizzati da un indice composito per rendere più semplice la lettura vista la complessità dovuta alle numerose dimensioni considerate.

In ambito provinciale, i dati fino ad ora elaborati collocano la provincia di Trieste con una valutazione medio bassa del rischio, mantenuta costante dal 2015 al 2017. I dati relativi agli anni successivi sono in elaborazione e saranno disponibili nei prossimi mesi.



Grafico Indicatori



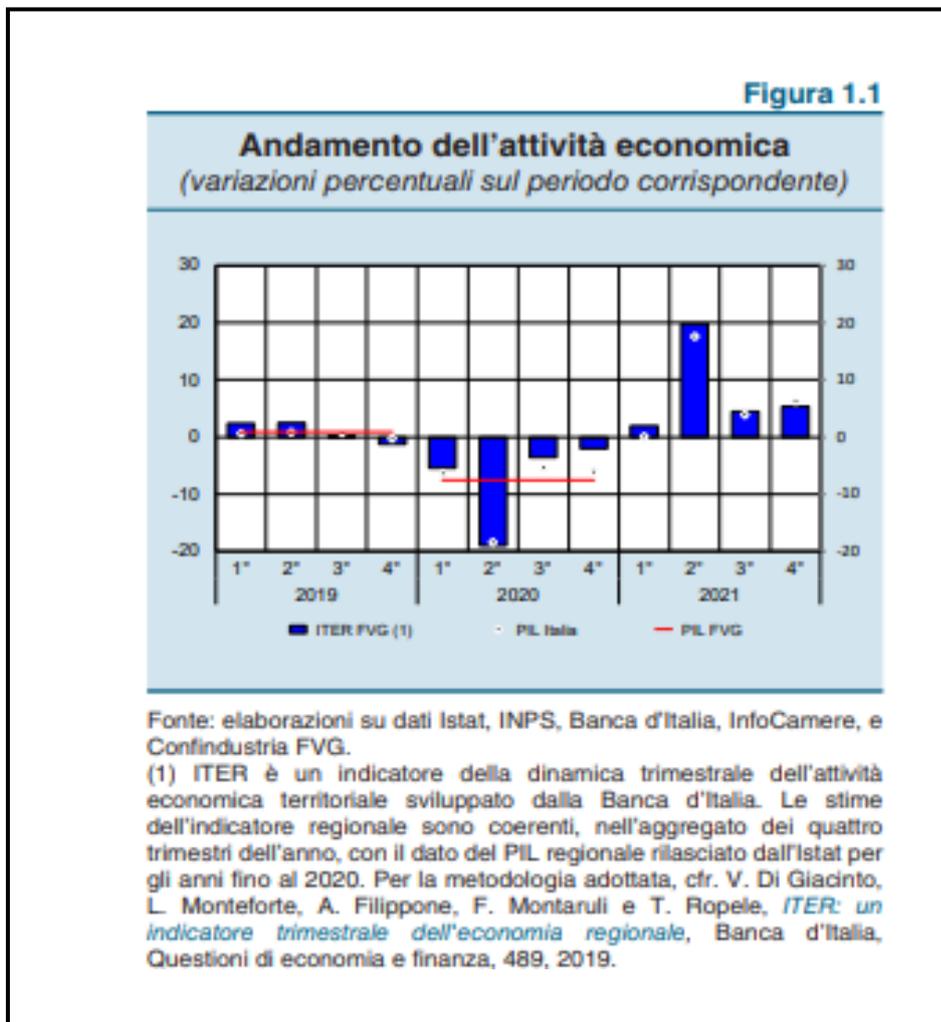
A conferma di quanto riportato, in data del 9 Marzo 2023, in occasione del convegno “Tecnologie emergenti per il contrasto alla criminalità organizzata” tenuto a Udine, è intervenuto il dirigente generale della Polizia di Stato e della Direzione Investigativa antimafia, che ha dichiarato “Il Friuli Venezia Giulia per fortuna è una regione sana, dove la criminalità organizzata non ha attecchito, ma dobbiamo stare attenti a che non ci siano infiltrazioni, specie nell’ambito del riciclaggio e della capacità di reinvestire in questa terra”.

Questa condizione di apparente tranquillità andrà continuamente monitorata, anche per gli ingenti finanziamenti destinati alla realizzazione di opere, ad esempio il completamento della terza

corsia dell'autostrada A4 e tutti i progetti per l'ammodernamento e l'ampliamento del porto di Trieste.

Si riporta il quadro economico elaborato dalla Banca d'Italia sezione di Trieste<sup>2</sup> e relativo al 2021. I dati successivi, non ancora elaborati, rilevano una sostanziale stabilità.

Nel 2021 la ripresa dell'attività economica in Friuli Venezia Giulia è stata intensa. In base all'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, si stima un aumento dell'attività economica in regione del 7,5 per cento, superiore a quello del PIL nazionale (6,6 per cento secondo l'Istat; fig. 1.1). La crescita è stata di eccezionale entità nel secondo trimestre, che si confronta con l'analogo periodo del 2020, durante il quale si sono concentrate le interruzioni dell'attività economica a causa della pandemia di Covid-19.



In seguito la crescita si è attenuata, frenata dai rialzi dei prezzi dell'energia e dalle difficoltà di approvvigionamento di input produttivi, specie nell'industria. Lo scoppio della guerra in Ucraina a fine febbraio 2022 ha acuito le tensioni dal lato dell'offerta e i rischi al ribasso del ciclo economico. L'economia del Friuli Venezia Giulia risulta significativamente esposta alle conseguenze della guerra, soprattutto per la forte specializzazione manifatturiera in comparti molto energivori, come quello metallurgico, e per la sua dipendenza da alcune materie prime provenienti dai paesi coinvolti nel conflitto. Secondo le imprese regionali intervistate dalla Banca d'Italia tra lo scoppio del conflitto e la prima metà di maggio, la principale conseguenza

<sup>2</sup> Fonte: Sito Banca d'Italia (L'economia del Friuli Venezia Giulia - edizione giugno 2022)

economica negativa è sinora consistita nel rialzo dei prezzi dell'energia. Le imprese. Nel 2021 si è osservata una forte ripresa dell'attività economica delle imprese regionali, favorita dal contenimento della pandemia e sostenuta dalla domanda nazionale ed estera. Nell'industria la crescita della produzione e delle vendite, concentrate nella prima parte dell'anno, è stata intensa e diffusa tra i settori. Gli investimenti sono tornati a espandersi, ma la loro ripresa rischia, secondo le previsioni delle imprese, di interrompersi nell'anno in corso con il peggioramento delle prospettive causato dalla guerra. Nel settore delle costruzioni l'attività economica è aumentata in misura considerevole, portandosi sopra i livelli pre-pandemia, sospinta dalle agevolazioni fiscali per le ristrutturazioni e dalla ripresa degli investimenti pubblici; all'espansione della produzione si è accompagnata una significativa crescita degli scambi sul mercato immobiliare. I servizi, duramente colpiti dalla crisi nel 2020, hanno beneficiato del progressivo allentamento delle restrizioni alla mobilità; il recupero è stato però solo parziale in diversi comparti, specie in quelli collegati al turismo. Nel porto di Trieste, se si eccettua il flusso petrolifero destinato all'Europa centrale, nel 2021 la movimentazione delle merci ha sostanzialmente recuperato i livelli del 2019.

Nel 2021 la redditività delle imprese è tornata a migliorare, alimentando l'autofinanziamento; le ampie disponibilità liquide hanno contenuto il fabbisogno di credito. Dopo il picco osservato nel corso del 2020, la crescita dei prestiti bancari alle imprese regionali ha perciò fortemente decelerato; a livello settoriale, la dinamica dei prestiti è risultata più elevata per le costruzioni. Tra gli strumenti di sostegno al credito, il ricorso alle moratorie si è notevolmente ridimensionato.

Il mercato del lavoro. – Nel 2021 il recupero dei livelli di attività economica ha favorito la ripresa dell'occupazione, sia autonoma sia alle dipendenze, e della partecipazione al mercato del lavoro. Il ricorso agli ammortizzatori sociali è fortemente diminuito, pur restando ampiamente al di sopra dei livelli antecedenti il 2020. I dati sulle comunicazioni obbligatorie indicano che i saldi tra attivazioni e cessazioni dei rapporti di lavoro dipendente non agricolo sono risultati positivi in tutti i comparti; i più elevati sono stati nel terziario. Gran parte delle nuove posizioni lavorative attivate sono state a tempo determinato.

Le famiglie. Nel 2021 il reddito delle famiglie residenti in regione è tornato a crescere significativamente, collocandosi su livelli prossimi a quelli pre-pandemici, beneficiando della ripresa dell'occupazione e degli ingenti trasferimenti pubblici a favore dei lavoratori e delle famiglie. La crescita dei consumi è stata più intensa di quella del reddito disponibile; ciononostante, essi restano inferiori rispetto al 2019. I consumi potrebbero in prospettiva risentire dell'aumento dei prezzi dei beni e del calo di fiducia connesso con la guerra in Ucraina. Nel corso del 2021 si è rafforzata la crescita dei finanziamenti erogati da banche e società finanziarie alle famiglie; all'aumento sostenuto dei mutui immobiliari si è associata una moderata crescita del credito al consumo.

Il mercato del credito. – Nel 2021 si è attenuata la crescita dei prestiti bancari all'economia regionale: il netto rallentamento del credito alle imprese è stato solo in parte bilanciato dall'accelerazione di quello alle famiglie. L'andamento riflette la moderazione della domanda da parte del settore produttivo, dopo la decisa espansione del 2020 legata alla crisi pandemica e favorita dagli interventi di sostegno al credito; dal lato dell'offerta i criteri di erogazione sono invece rimasti accomodanti. La qualità dei finanziamenti bancari in regione si è mantenuta mediamente buona, grazie alla ripresa economica e alle misure di sostegno a famiglie e imprese. Dal lato del risparmio finanziario, nel 2021 è proseguita la crescita dei depositi bancari di famiglie e imprese, sebbene in decelerazione sull'anno precedente; stante il perdurare della preferenza per la liquidità, la crescita si è concentrata nella componente dei conti correnti. Sono aumentati anche i titoli a custodia presso il sistema bancario, dopo il calo registrato nel 2020; l'incremento è riconducibile al risparmio gestito e alle azioni ed è stato favorito dal rialzo dei corsi dei titoli.

La finanza pubblica decentrata. – Nel 2021 la spesa primaria degli enti territoriali del Friuli Venezia Giulia è tornata a crescere. La componente corrente è stata sospinta, BANCA D'ITALIA Economie regionali 7 2022 in particolare, dai maggiori costi sostenuti dalla Regione per la sanità, riconducibili al potenziamento del comparto per fare fronte all'emergenza; la spesa in conto capitale ha invece ricevuto impulso soprattutto dagli investimenti effettuati dai Comuni. Le entrate, che nel 2020 avevano beneficiato di forme straordinarie di sostegno statale, sono diminuite. Anche all'inizio del 2021 il risultato di amministrazione degli enti territoriali del Friuli Venezia Giulia ha evidenziato un avanzo. Oltre che una situazione equilibrata sotto il profilo finanziario, tali enti mostrano, nel confronto con l'insieme delle Regioni a statuto speciale (RSS) e col Paese, risultati migliori dal punto di vista dell'accesso ai servizi scolastici e delle prestazioni sociali oggetto di definizione dei livelli essenziali.

Una segnalazione particolare è il fenomeno dell'immigrazione che dopo l'asestamento degli anni passati, è in forte turbolenza in seguito alle nuove condizioni sociali economiche e politiche conseguenti alla pandemia e alle guerre. La posizione geografica del Friuli Venezia giulia ed in particolar modo della provincia di Trieste e Gorizia, che sono il corridoio d'ingresso in Europa della rotta balcanica, ha riscontrato negli ultimi mesi sensibile aumento degli ingressi.

Il Fvg nella sua storia si è già ritrovato ad affrontare situazioni di accoglienza sia di profughi istriani che di integrazione delle minoranze slovene. La governance e gli abitanti del territorio hanno acquisito importanti capacità di integrazione. La Regione ha già diverse forme di accoglienza con formazione e reclutamento di mediatori linguistici e con l'integrazione scolastica in conformità all'ordinamento italiano che considera l'istruzione come un diritto-dovere. E' inoltre prevista una consulenza personalizzata nei centri di orientamento. Il fenomeno migratorio per ora non è da considerare come un rischio di infiltrazione nei processi della pubblica amministrazione.

La situazione complessiva della sicurezza per ora nell'ambito della Regione "Friuli Venezia Giulia" non desta ancora fondate preoccupazioni relativamente alle infiltrazioni mafiose e ai fenomeni di micro criminalità, anche se questi ultimi suscitano maggiore allarme sociale, perché sono maggiormente percepibili.

Queste congiunture positive portano una moderata fiducia nell'evoluzione positiva dell'andamento degli indicatori di contesto indicati ed elaborati dall'Anac.

Fonti: Anac, Ansa e Banca d'Italia

### 2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda in particolare gli aspetti inerenti all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità dell'Ente al rischio corruttivo ed è volta ad evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Amministrazione.

#### LE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Al fine di predisporre un sistema di prevenzione della corruzione e la verifica della tenuta complessiva di tale sistema, il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza esercita, all'interno dell'Istituto, poteri di vigilanza e controllo, classificabili in due principali ambiti di azione: (all. 3 PNA 2019 e Delibera ANAC n. 840/2018 così come integrato dall'allegato 3 PNA 2022):

- nell'ambito dell'anticorruzione il RPCT svolge i seguenti compiti:
  - predispone il sistema di prevenzione, elaborando la proposta di sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, che viene sottoposta al vertice direzionale e definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
  - vigila sull'attuazione del piano da parte dei destinatari e verifica l'idoneità delle misure di prevenzione; monitora il rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti da parte degli uffici e delle strutture aziendali; monitora i rapporti instaurati tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco; garantisce massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;

- nell'ambito della trasparenza il RPCT svolge i seguenti compiti:
  - pianifica le misure di trasparenza e promuove, nell'ambito delle previsioni normative vigenti, l'adozione delle azioni per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, avvalendosi della collaborazione del Gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da rappresentanti delle Strutture coinvolte nei procedimenti e processi interessati dagli adempimenti in tema di trasparenza;
  - monitora l'adempimento degli obblighi di pubblicazione e verifica la qualità dei dati, forniti dai Responsabili delle strutture dell'IRCCS, individuate puntualmente nell'allegato 5, che garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale;
  - assicura, ai sensi dell'art. 43, co.IV, D.Lgs. n. 33/2013, l'accesso civico, curandone il riesame nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta nei termini.

Rispetto ai poteri di interlocuzione e controllo, emerge il ruolo di coordinamento che il RPCT riveste nell'organizzazione. Egli deve generare, da un punto di vista metodologico, forte coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione, mediante:

- l'integrazione dei compiti e poteri del RPCT con quelli degli organi di indirizzo, che provvedono ad assicurare lo svolgimento del suo incarico con piena autonomia ed effettività;
- la collaborazione con i dirigenti, sia in sede di mappatura dei processi che in fase di stesura della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e con tutti i dipendenti dell'Istituto;
- la collaborazione con i responsabili delle sezioni del PIAO sia in fase di stesura del documento che in fase di monitoraggio;
- la sinergia tra il RPCT e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), al fine di coordinare gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione;
- la consultazione del titolare del trattamento dei dati personali (DG) e del responsabile per la protezione dei dati personali (DPO);
- la collaborazione e l'interlocuzione con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che deve poter svolgere compiutamente la propria attività di vigilanza sulla predisposizione e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013.

Mediante l'esercizio dei poteri di interlocuzione e controllo, il RPCT deve poter, dunque, incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione per l'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione. Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile, in particolare:

- accerta che a tutti i dipendenti nonché al personale convenzionato venga consegnata, a cura della struttura del personale, copia dei vigenti Codice di comportamento e Piano della prevenzione della corruzione; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; verifica l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici o strutture preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- pubblica entro i termini stabiliti dall'ANAC, sul sito web aziendale, una relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT e la sua trasmissione al direttore generale e all'organismo indipendente di valutazione;
- avvia le attività di audit e valuta il raggiungimento degli standard di trasparenza prefissati, anche a campione;
- può, in qualsiasi momento, richiedere al personale a qualunque titolo operante nell'Istituto di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che hanno sotteso alle scelte effettuate relativamente ai procedimenti e/o processi di competenza;
- può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- segnala al CIV, al DG ed all'OIV le eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e nei casi indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- riceve e prende in carico le segnalazioni da parte dei dipendenti di possibili condotte illecite, ponendo in essere gli atti necessari ad una preliminare attività di verifica ed analisi dei contenuti della segnalazione stessa (c.d. Whistleblowing).

## ALTRI SOGGETTI RESPONSABILI

Gli altri soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nonché nel processo di trasparenza sono i seguenti:

- il Direttore Generale
- tutti i soggetti responsabili dei processi aziendali come da decreto n. 153 dd. 28.12.2018
- il Gruppo di lavoro multidisciplinare per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale
- il Consiglio di Indirizzo e Verifica
- l'Organismo Indipendente di Valutazione
- l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
- gli stakeholders

- i Collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto.

*Il Direttore Generale* –, avuto riguardo alle disposizioni di cui al D.Lgs.n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, salva diversa indicazione da parte degli organi competenti, svolge le funzioni che la norma attribuisce all'organo di indirizzo politico delle pubbliche amministrazioni, e, pertanto:

- individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- adotta, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale per la prevenzione della corruzione, di cui il programma triennale della trasparenza e integrità è parte integrante, sentito il Consiglio di Indirizzo e Verifica, così come previsto in sede di intesa tra Governo, Regioni e Enti Locali siglata in data 24 luglio 2013, per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61 della L. 6 novembre 2012 n. 190 e ss.mm.ii;
- garantisce al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

I soggetti responsabili dell'attuazione delle misure anticorruzione sono individuati nel registro dei rischi. Per quanto concerne gli obblighi in tema di trasparenza, i Responsabili delle strutture dell'IRCCS, individuate negli allegati al presente Piano, garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito *web* istituzionale.

Il *Gruppo di lavoro multidisciplinare* per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale è nominato e coordinato dal RPCT e opera a supporto dello stesso nell'attività d'identificazione, analisi e ponderazione dei rischi, di sistematizzazione dei risultati e di individuazione e applicazione delle misure di prevenzione adottate. È composto da un referente qualificato individuato per ciascuna delle Strutture di seguito indicate:

- S.C. Ingegneria clinica, Informatica e Approvvigionamenti;
- SC Gestione Economico Finanziaria;
- SC Affari Generali e Legali;
- SC Gestione Tecnica e realizzazione del nuovo ospedale;
- SSD Politiche del Personale;
- SSD Programmazione e Controllo;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Scientifica;
- Ufficio Formazione.

Il Gruppo potrà avvalersi di professionisti interni con riferimento alle specifiche tematiche trattate, in particolare, il Responsabile dell'Ufficio Qualità Aziendale.

Il Responsabile si avvale, altresì, della collaborazione dei referenti delle articolazioni organizzative coinvolte nei procedimenti e processi interessati dagli adempimenti in tema di prevenzione della corruzione. Unitamente al Responsabile, i componenti sovrintendono altresì agli adempimenti in materia di trasparenza dei singoli settori di riferimento.

Il *Consiglio di Indirizzo e Verifica*: il Consiglio, nominato dal Direttore Generale, indirizza l'attività dell'Istituto e ne verifica la congruità con la programmazione strategica e gli obiettivi assistenziali e di ricerca. Per quanto d'interesse, esprime parere preventivo sulla proposta di piano triennale per la prevenzione della corruzione, così come previsto dall'art. 6 della L.R. n. 14 dd. 10.08.2006 e ss.mm. e dall'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali siglata in data 24 luglio 2013, per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della L. 6 novembre 2012 n. 190 e ss.mm.ii.

L' *Organismo Indipendente di Valutazione*: la legge n. 190/2012, con le modifiche apportate dal D.lgs. 97/2016, ha rafforzato il ruolo dell'OIV in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Ai sensi della normativa vigente, l'OIV:

- valuta le azioni inerenti la prevenzione della corruzione poste in essere dall'Istituto nonché il coordinamento tra il PTPC e gli obiettivi di *performance/strategici* assegnati;
- svolge i compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Istituto in ossequio all'art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

L'*Ufficio per i Procedimenti Disciplinari* (UPD) è stato costituito con decreto n. 149/2018 presso l'Istituto in composizione monocratica e ne è stata attribuita la titolarità e individuate le responsabilità relativamente alle infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale a decorrere dalla data di adozione del provvedimento. E' stato rinnovato con decreto n. 165/2022, prevedendo una composizione collegiale.

Gli Stakeholder: l'Istituto ascolta le segnalazioni e le proposte di cittadini, fornitori di beni e servizi, associazioni di volontario e del terzo settore, enti ed istituzioni di riferimento, etc ed esercita a sua volta un'attività di sensibilizzazione. Per l'adozione del PTPCT 2023-2025 è stato pubblicato sul sito web aziendale un apposito invito agli stakeholders a formulare proposte/osservazioni. Non sono giunte osservazioni.

Il Responsabile dell'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti: è il dirigente Responsabile *pro tempore* della SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti. Egli garantisce l'effettivo inserimento dei dati, così come previsto dalla normativa vigente.

Nel corso del 2022 è stato individuato un dipendente a supporto dell'attività del RPCT aziendale, principalmente dedicato alle attività collegate alla trasparenza ed alla pubblicazione sul sito istituzionale, coadiuvando gli uffici responsabili della pubblicazione dei dati.

## **L'IRCCS BURLO GAROFOLO NEL SSR E I RAPPORTI CON ARCS**

L'IRCCS Burlo Garofolo è uno dei tre IRCCS pediatrici e uno dei dodici Ospedali pediatrici/ materno-infantili italiani e in questo senso si diversifica dalle altre Aziende Sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia fin dalle modalità di nomina del Direttore Generale che prevedono la condivisione tra Regione e Ministero della Salute.

Il suo mandato istituzionale è quello di garantire l'assistenza ad alto livello e, contemporaneamente, di sviluppare la ricerca traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile. Inoltre, in quanto sede didattica dell'Università degli Studi di Trieste, svolge anche un importante ruolo nella rete didattica della Scuola di Medicina.

Con leggi regionali n. 27 del 17.12.2018 e n. 22 del 19.12.2019 la Regione Friuli Venezia Giulia ha ridisciplinato l'assetto istituzionale e organizzativo del SSR, riconfermando il Burlo tra i presidi ospedalieri specializzati nell'area materno infantile con funzioni di hub per il territorio regionale. All'IRCCS sono state inoltre attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e ostetricia e ginecologia, per l'intero territorio delle province di Gorizia e Trieste da svolgersi presso la sede dell'Istituto e presso le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.

Per quanto concerne invece gli aspetti trattati nel presente Piano, si fa presente che la L.R. n. 17/2014, al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Regionale, aveva disposto l'istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2015, dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) con funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi e di gestione delle attività amministrative standardizzate concernenti il personale, funzioni che dal primo gennaio 2019, ai sensi della L.R.n.27/2018, sono state trasferite all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) di nuova istituzione. Questo IRCCS si è avvalso costantemente dell'attività di EGAS, ora ARCS, e delle Centrali di Committenza Nazionale - Soggetti Aggregatori (Consip e acquisti tramite Mercato Elettronico).

Si ritiene opportuno evidenziare che, considerando gli ultimi dati consuntivi disponibili alla data di adozione del presente Piano, le percentuali annuali di acquisti centralizzati di beni e servizi non effettuati dall'IRCCS, ma dai soggetti sopra indicati, sono le seguenti:

2019	70 %
2020	65% - 70%
2021	65% - 70%
2022	65% - 70%

Ne deriva che gran parte dell'attività collegata ad una delle aree maggiormente a rischio, e cioè quella relativa alla scelta del contraente nell'ambito delle acquisizioni di beni e servizi, è tuttora solo parzialmente in capo all'Istituto, con un trend nella percentuale di acquisti cd. centralizzati costante dal 2019. Si evidenzia però che nel corso del 2023 tale percentuale potrebbe ridursi per tutte le aziende del SSR in seguito ad una revisione organizzativa e delle funzioni di ARCS.

### 2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi con identificazione delle fasi e dei relativi responsabili, è un'azione propedeutica all'analisi dei rischi di processo e, in particolare, del rischio di corruzione e del rischio della mancata ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, oltre che alla definizione di efficaci misure di prevenzione, così come evidenziato dall'ANAC nella determinazione n. 12 dd. 28.10.2015, nella deliberazione n. 831 dd. 30.08.2016 e nell'allegato 1 alla Delibera n. 1064 del 13.11.2019, il cui fine esplicitamente dichiarato è di diventare, per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo, l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei Piani triennali della Prevenzione Corruzione e Trasparenza. Da ultimo il PNA 2022 evidenzia ulteriormente la necessità per tutte le amministrazioni di addivenire ad un'unica e completa mappatura dei processi.

La mappatura dei processi, nel contesto dell'IRCCS, è stata oggetto di specifico obiettivo aziendale a partire dall'anno 2017, trasversale alle strutture della Direzione Amministrativa e Generale, e continua a mantenere e aggiornare il proprio impianto.

L'obiettivo si è sviluppato nel corso del 2018, in un'ottica di continuità con le previsioni del PTPCT 2018-2020, sfociando nell'adozione del decreto n. 153 dd. 28.12.2018, rubricato "*Individuazione dei processi aziendali e dei relativi process owner*". I n. 31 processi aziendali, individuati con tale provvedimento ed esplicitati nelle relative schede allegato al medesimo e recepiti nel PTPCT 2019-2021, sono risultati suscettibili di rimodulazione ed aggiornamento nel corso dell'anno 2019 per garantirne la coerenza con la realtà organizzativa dell'Istituto.

Infatti, già in sede di *audit*, effettuato nel mese di novembre 2019 come da cronoprogramma del PTPCT 2019-2021, sono emerse alcune esigenze di implementazione e/o di eliminazione di specifiche fasi e/o attività correlate ai processi mappati che, dopo valutazione e condivisione con il

Gruppo multidisciplinare, hanno indotto una significativa rimodulazione del Registro dei rischi nei termini espressi nell'allegato 3 al Piano 2020-2022.

Nel corso dell'annualità 2020 sono emerse, prima in sede di monitoraggio intermedio (giugno 2020) e poi di audit annuale (ottobre 2020) come da cronoprogramma del PTPCT 2020-2022, ulteriori esigenze di implementazione e/o di eliminazione di specifiche fasi e/o attività correlate ai processi già mappati che hanno portato ad un aggiornamento del Registro degli eventi rischiosi.

Anche nel corso del 2021 sono emerse delle necessità di modifica del Registro degli eventi rischiosi, sia in termini di espunzione sia in relazione alla rimodulazione di alcune fasi/attività correlate agli stessi, con relativi indicatori.

Va detto, altresì, che nel corso degli anni 2020-2021 sono stati evidenziati alcuni nuovi processi concernenti le tematiche della gestione della privacy, dei farmaci e della diagnostica di laboratorio che verranno recepiti nell'elenco dei "processi aziendali e dei relativi *process owner*" per poi essere inseriti nel Registro degli eventi a rischio corruttivo. Nel corso del 2022 si è provveduto pertanto all'aggiornamento dei processi aziendali e successivamente si è procederà nei primi mesi del 2023 alla formale riadozione del sopramenzionato decreto n. 153/2018.

L'analisi dei dati e delle informazioni, utilizzate per contestualizzare il sistema di prevenzione della corruzione all'interno dell'Istituto, porta a considerare che potrebbero essere identificati nuovi eventi rischiosi legati all'attività d'informazione scientifica, cui potrebbe seguire l'elaborazione di misure di prevenzione specifiche.

Il Registro dei rischi rappresenta attualmente, dunque, lo strumento attraverso il quale l'IRCCS definisce e monitora, in corso d'anno, i processi definiti "a rischio", prevedendo le azioni per contenerlo/abbatterlo/monitorarlo con la relativa tempistica di realizzazione.

L'obiettivo finale, che potrà essere raggiunto progressivamente nel tempo, è che l'intera attività svolta dall'Istituto venga gradualmente esaminata, al fine di indentificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Fino al PTPCT 2021-2023 i processi definiti "a rischio" erano da intendere quelli per cui il rischio era stato valutato come rischio moderato, elevato e molto elevato, sulla base di una matrice a 5 punti convalidata. Per tutti i processi per i quali il rischio calcolato risultava "basso", non erano state previste azioni di contenimento, e quindi, non erano stati previsti i relativi monitoraggi della loro implementazione. Ciò detto, il *process owner* di tali processi, doveva comunque monitorare il mantenimento dello stato di basso rischio e comunicare ogni sua variazione.

Detta modalità di valutazione del rischio è stata rivista agli inizi del 2022 attraverso un'interlocuzione con i process owner avviata con nota prot. n. 364 dd. 3.3.2022, in coerenza con quanto definito nel PNA 2019, allegato n. 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", secondo quanto meglio esplicitato al successivo punto 2.3.4.

Nel corso del 2022 i process owner individuati hanno provveduto all'inserimento attraverso la piattaforma online PROSA Exprit dei processi, valutando anche il rischio anticorruzione, secondo le modalità meglio descritte nel paragrafo successivo. Per alcune strutture il lavoro effettuato, in via sperimentale, nel corso 2022 ha permesso una migliore mappatura delle attività. Nel corso del 2023 si dovrà pertanto effettuare un'attività di armonizzazione nella metodologia utilizzata dalle diverse strutture, al fine di addivenire nel 2024 all'introduzione di un nuovo registro dei rischi, aderente alla mappatura inserita nel sistema Prosa. Nel corso del 2023 si procederà inoltre alla valutazione di eventuali rischi corruzione anche nei nuovi processi ed al perfezionamento del nuovo registro dei Rischi allineato alla mappatura contenuta del programma Prosa.

### **2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti**

#### **GESTIONE DEL RISCHIO**

L'IRCCS conferma il costante approccio per processi aziendali, nonché l'applicazione e l'eventuale revisione, ove necessario, di Regolamenti, Procedure, Istruzioni operative, Protocolli e modulistica ad essi associata.

Si precisa che il concetto di processo - definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un *output* destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente) - è un concetto organizzativo che, ai fini dell'analisi del rischio ha il vantaggio di essere più flessibile, gestibile, completo e concreto nella descrizione delle attività rispetto al procedimento amministrativo.

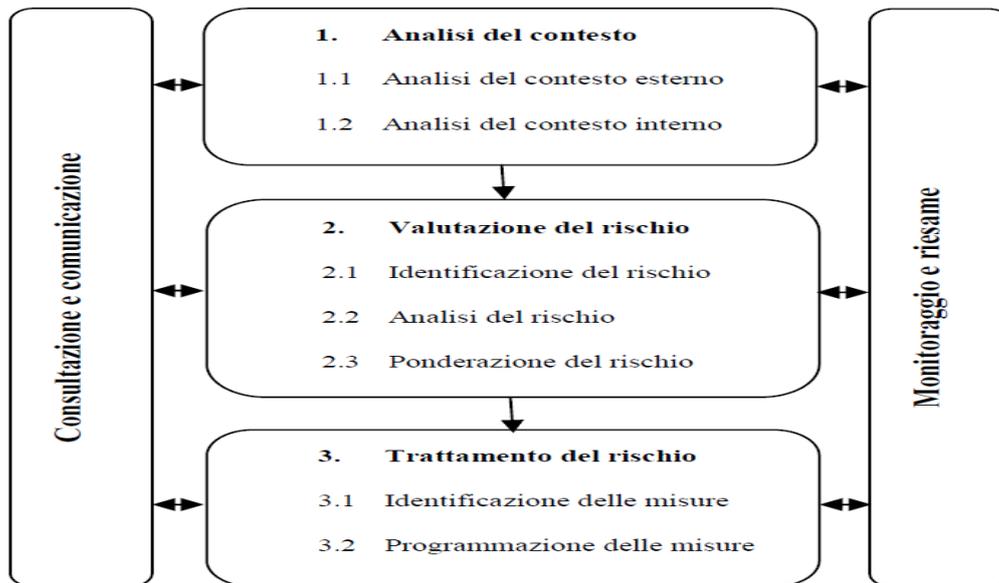
L'approccio per processi, infatti, è stato già introdotto e sviluppato all'interno dell'Istituto in ottemperanza a quanto richiesto dai percorsi di certificazione e accreditamento dei sistemi di qualità per alcune strutture cliniche, per le strutture della Direzione Amministrativa e per le articolazioni della Direzione Generale.

Nei primi mesi del 2018 è stato effettuato il passaggio alla nuova edizione della norma ISO 9001:2015 che incentra il proprio "concept" sull'analisi del contesto e del rischio di processo. L'evidenza di tale passaggio è da tempo concretizzata nelle analisi Swot periodiche e nella rivisitazione sistematica dei rischi di processo, oltre che nel format per la stesura dei documenti, regolarmente rinnovato, attraverso cui è possibile descrivere anche le analisi del contesto e dei rischi di processo in merito al tema dell'anticorruzione e degli obblighi di pubblicazione specifici.

Nel corso del 2022 è stato ulteriormente sviluppato il percorso, già avviato e ulteriormente implementato nel 2021 nell'ambito dei programmi di certificazione e accreditamento, di mappatura delle fasi dei singoli processi aziendali mediante il gestionale PROSA exprit, volto a identificare i rischi ad essi collegati, compresi quelli relativi alla prevenzione della corruzione.

Il PNA 2019 e successivamente il PNA 2022 sviluppano ed aggiornano alcune indicazioni metodologiche allo scopo di indirizzare ed accompagnare le pubbliche amministrazioni, verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo che consenta di considerare la predisposizione del PTPCT come un processo sostanziale e non meramente formale.

In particolare si prevede che il processo di gestione del rischio si articoli nelle seguenti fasi:



Il primo requisito per una adeguata azione di prevenzione della corruzione è la realizzazione di una oggettiva analisi e valutazione dei rischi.

L'analisi del rischio costituisce il fondamento per l'individuazione all'interno dell'organizzazione delle misure per aumentare la resistenza rispetto a tali vulnerabilità.

La gestione del rischio consiste nell'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio e per ridurre le probabilità che si verifichi l'evento corruttivo, selezionando le aree, gli uffici, i processi organizzativi che fanno registrare un rischio più elevato e, conseguentemente, definendo le priorità di intervento.

Il processo di gestione del rischio richiede l'utilizzo di meccanismi di partecipazione e consultazione ed in particolare il coinvolgimento e l'intervento diretto dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza; esso ha comunque carattere di progressivo e continuo perfezionamento e adeguamento alle esigenze, ai mutamenti organizzativi e programmatori e ai suggerimenti dell'esperienza.

Il PNA 2019, all'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi") fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Il PNA 2013 e l'Aggiornamento 2015 al PNA avevano fornito una serie di indicazioni ai sensi della legge 190/2012, indicazioni che il suddetto allegato metodologico ha integrato e aggiornato,

alla luce dei principali standard internazionali di risk management, tenendo conto delle precedenti esperienze di attuazione dei PNA e delle osservazioni pervenute.

Posto che la nuova metodologia di analisi si discosta in maniera sostanziale da quanto sinora stabilito dai PNA, l'ANAC ha previsto che qualora le amministrazioni abbiano già predisposto il PTPCT utilizzando l'allegato 5 al PNA 2013, il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo) illustrato nel nuovo PNA possa essere applicato in modo graduale in ogni caso non oltre l'adozione del PTPC 2021-2023.

L'ANAC nel PNA 2019 ha inoltre precisato che "con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione del rischio, si ritiene opportuno privilegiare un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi", dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo massima trasparenza.

Va evidenziata, in tale contesto, l'opportunità di lavorare a un'integrazione tra l'attività di valutazione del rischio di cui al presente Piano e l'analisi dei rischi dei processi gestita attraverso la piattaforma online PROSA Exprit.

In questa fase di transizione dalla metodologia precedente di redazione del piano e di mappatura del rischio corruttivo alla nuova metodologia per la valutazione del livello di rischio, si è utilizzata la scheda di cui all'allegato n. 4 al presente piano, in cui sono stati esplicitati n. 5 indicatori:

1. livello di interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio
2. grado di discrezionalità del decisore interno all'Istituto: presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato
3. manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi
4. opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio
5. grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione delle misure di trattamento si associa a una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Individuati gli indicatori di stima, è necessario rilevare i dati e le informazioni necessarie per esprimere un giudizio motivato che ha portato alla scelta degli indicatori e alla relativa valutazione. Le informazioni (es: dati su precedenti giudiziari/disciplinari a carico dei dipendenti, segnalazioni pervenute di whistleblowing o reclami, rassegne stampa, esiti di controlli interni ed esterni, esiti

monitoraggi RPCT, customer satisfaction etc..) vengono rilevate in forma di autovalutazione del dirigente a capo del processo interessato (self assessment). Le valutazioni scelte sono basate su dati oggettivi, salvo loro indisponibilità. Il RPCT vaglia le valutazioni dei responsabili per analizzarne la ragionevolezza ed evitare una sottostima del rischio, utilizzando il criterio generale della prudenza nei casi dubbi.

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si procede alla misurazione degli indicatori utilizzati applicando una scala di misurazione ordinale (molto alto, alto, medio, basso, irrilevante).

Si perverrà così ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo fornisce una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi.

Per ciascun processo viene quindi compilata, a cura del process owner e successivamente vagliata dal RPCT, una scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio secondo lo schema di cui all'allegato n. 3, che a partire dal 2022 è stata inserita anche nel programma Prosa.

## TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio rappresenta la fase in cui si individuano le misure (generali e specifiche) idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta, i c.d. correttivi, e si programmano le modalità di attuazione, ovvero le modalità più adatte a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il Registro degli eventi rischiosi contempla le attività/procedure afferenti alle *aree di rischio generali* ed alle *aree di rischio specifiche* come previsto nell'aggiornamento al PNA 2015, confermato nel PNA 2016 e consolidato con il PNA 2019 e PNA 2022. In particolare, per quanto d'interesse, nel Registro (Allegato 3 al presente Piano) vengono elencati i seguenti processi:

A) processi associati ad aree generali di rischio:

- Acquisizione e gestione del personale: processo n. 6 articolato in più fasi
- Contratti pubblici: complessivamente n. 5 processi di cui 4 appartenenti alla fase a) selezione del contraente: ovvero i processi nn. 1, 2, 3 e 23 e il n.22 appartenente alla fase b) esecuzione, alcuni articolati in più fasi
- Gestione entrate: totale n. 5 processi: nn. 13, 14, 15, 16, 17
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni: n. 3 processi, identificati con nn. 27 nonché 28 e 29, articolati in più fasi
- Affari legali e contenzioso: processo n. 20 articolato in più fasi

B) processi associati ad aree specifiche di rischio:

- Attività libero professionale: processo n.5

- Liste d'attesa: complessivamente n. 3 processi ossia quelli identificati con nn. 9, 10, 11, articolati in più fasi
- Dispositivi e altre tecnologie – Sperimentazioni cliniche: processo n. 19

C) processi comunque mappati nel registro e ricompresi nelle “Altre Aree di rischio (generali e specifiche)”, non inclusi in A) e B):

- Prima area:
  - Gestione del magazzino: processo n. 4
  - Gestione progetti di ricerca: processo n. 12
- Seconda area:
  - Rimborsi diversi: processo n.18
- Terza area:
  - Formazione personale: processo n. 21, articolato in più fasi
  - Gestione della qualità ed accreditamento: processo n.25
  - Tutela del cittadino: processo n.31
- Quarta area:
  - Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN: processo n. 7, articolato in più fasi
  - Prestazioni ambulatoriali a pagamento o ALPI: processo n. 8, articolato in più fasi.

Dei 31 processi originariamente mappati sono stati già stralciati dal Registro degli eventi rischiosi, allegato al PTPCT 2020-2022, i processi n. 24 e n. 26 perché per due annualità consecutive hanno mantenuto un livello di basso di rischio. Per la medesima motivazione vengono stralciati nel presente piano il processo n. 25 (rimodulato) e il n. 30. L'ultima fase del processo n. 28 è stata espunta causa subentrate modifiche organizzative che la rendono non più attuale. A partire dal 2023 viene stralciato dal Registro degli eventi rischiosi il processo n. 18 in quanto relativo ad un'attività esecutiva di scelte discrezionali ed i processi n. 13 e n. 16 in quanto aventi un rischio irrilevante. Viene inoltre stralciata una fase del processo n. 8 in quanto parzialmente riconducibile ad un altro processo.

## 2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

### PREVISIONE DELLE AREE GENERALI E MISURE ADOTTATE

Per quanto concerne le *aree di rischio generali* le misure adottate sono le seguenti:

- contratti pubblici: le strutture che si occupano di acquisti - SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti e SC Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale - hanno adottato idonee procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi inseriti nel Registro degli eventi rischiosi e identificati con nn. 1,2,3,4 per la prima struttura e n. 22 per la seconda. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del d.lgs. 50/2016, ai sensi del quale le procedure a evidenza pubblica sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione, le competenti strutture utilizzano il portale Acquisti in rete PA (MEPA) e la piattaforma telematica e-AppaltiFVG quale sistema e-procurement della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, nell'osservanza del Codice degli Appalti, delle Linee Guida ANAC e di ogni altra normativa vigente applicabile. Nell'ambito dell'affidamento di appalti di servizi, lavori e forniture, ai sensi del d.lgs. 50/2016 ("codice appalti) e ss.mm., è sancito il rispetto del principio di rotazione degli inviti ai fini dell'affidamento degli appalti sottosoglia, in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese. In osservanza di detto principio la SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti tende a non invitare nelle procedure negoziate di cui all'art. 36 del D.Lgs 50/2016 il precedente affidatario, laddove il mercato lo consenta e non ci si trovi di fronte ad esclusività accertate di prodotti e/o fornitori, tenuto conto delle ipotesi di derogabilità riportate dalle Linee Guida n. 4 dell'ANAC. Come già evidenziato, con decreto n. 53/2022 è stato adottato il Regolamento per gli affidamenti sotto soglia. Per quanto concerne il calcolo dei compensi professionali dei servizi professionali di architettura e ingegneria, vengono rispettati i parametri stabiliti dal D.M. 17 giugno 2016. Al fine di verificare la completezza della documentazione predisposta in sede di appalto fornire, lavori e servizi applicando la checklist di cui all'allegato 4 del PNA 2022 su due procedure afferenti alla SC Ingegneria clinica e due procedure afferenti alla SC Gestione Tecnica.
- acquisizione e gestione del personale: la struttura del personale garantisce le procedure per l'acquisizione del personale dipendente e non dipendente secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia, come esplicitamente previsto nel processo n. 6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit.
  - acquisizione del personale: dal mese di settembre 2019 è stata informatizzata la linea di attività "acquisizione del personale" con l'acquisto del software "Piattaforma web ISON e GECO" per una completa gestione informatizzata (dalla istanza di partecipazione alla graduatoria finale) delle procedure di cui alla citata linea (conforme al Regolamento Europeo GDPR 2016/679). Al fine di evitare che i bandi possano essere configurati su caratteristiche specifiche di un determinato potenziale concorrente, i requisiti e la tipologia di prove da sostenere nelle procedure selettive sono congiuntamente definiti dal

Responsabile della struttura a cui la risorsa è destinata, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo, conformemente e nel rispetto della normativa concorsuale vigente. Sono altresì acquisite le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità dei commissari di concorso e annualmente si provvede ad effettuare le verifiche con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dagli stessi, utilizzando specifica modulistica. I controlli si sostanziano nella:

1. attivazione della procedura "certificazione massiva/CERPA", coinvolgendo l'Ufficio locale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale;
  2. verifica presso gli uffici Anagrafe e Stato Civile di riferimento con richiesta di certificazione dello stato di famiglia. Nel corso del 2020 si è provveduto ad ampliare l'utilizzo del software sopra citato anche per l'espletamento delle selezioni per l'attribuzione di incarichi libero professionali (ex art. 7 comma 6 del D.lgs 165/2001 e s.m.i.) e di mobilità. In tale contesto è stato altresì previsto il passaggio all'utilizzo del software, nel corso del 2021, anche per l'espletamento delle selezioni per l'attribuzione di Borse di studio.
- gestione del personale: anche l'attività "gestione delle presenze e delle assenze" dei lavoratori è tenuta sotto controllo con l'introduzione del sistema informatizzato di richieste di ferie e permessi. L'Istituto si è avvalso dal mese di giugno 2013 dell'applicativo Self Service del Dipendente (SSD). Tale applicativo ha avuto il fine di rendere disponibili una serie di funzionalità fruibili direttamente dal dipendente e dai responsabili sul portale intranet dell'Istituto. Il software ha migliorato l'efficienza e la qualità del processo aumentando la rapidità decisionale. Inoltre, ha consentito la tracciabilità informatica della richiesta e la tracciabilità della risposta con le relative date. Nel corso dell'anno 2019 si è proceduto ad informatizzare ulteriori attività in particolare quella di tutoraggio e docenza per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica/o, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione, di cui alla delibera di Giunta regionale FVG n. 2627/2016 e s.m.i.. Alla data del 01.07.2021 il sistema di gestione delle presenze assenze, del trattamento giuridico ed economico è stato sostituito da un nuovo applicativo denominato JOBTIME della società GPI. Contestualmente, anche l'applicativo Self Service del Dipendente (SSD) è stato sostituito da un nuovo software "Portale del dipendente".
  - gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio: la SC Gestione Economico Finanziaria ha adottato procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi nn. 13, 14, 16, 17 del Registro degli eventi rischiosi. Per quanto concerne la certificabilità dei bilanci (Percorsi attuativi per la certificazione dei bilanci), che rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo- contabile, la Regione Friuli Venezia Giulia, nel corso del 2018, ha concluso la fase sperimentale presso il CRO di Aviano. Secondo quanto indicato nelle "Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale -

anno 2020. Approvazione definitiva” di cui alla DGR n.2195/2019, l’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha predisposto, nel corso dell’anno 2020, il capitolato per l’acquisizione di un sistema informativo contabile e economato che soddisfi la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende. Tale acquisizione è stata rimandata nel 2021 e, come previsto dalle Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale – anno 2021 di cui alla DGR 189/2021, le Aziende sono state chiamate a contribuire alle analisi del processo organizzativo per un’adeguata implementazione del sistema. Il nuovo programma gestionale verrà introdotto in 3 aziende del SSR nel corso del 2023 e successivamente anche nelle rimanenti aziende.

- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni: i processi d’interesse riportati nel Registro degli eventi rischiosi sono il n. 28 “Gestione sicurezza aziendale in capo al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPPA) e il n. 29 “Gestione del rischio clinico”, in capo al Risk Manager (Direttore Sanitario) entrambi articolati in più fasi e verificati in sede di audit annuale, agli atti, in un’ottica di massima integrazione.
- incarichi e nomine: la struttura del personale garantisce le procedure per le prove selettive interne secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia come esplicitamente previsto nel processo n.6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit annuale, agli atti. L’Istituto, con decreto n. 227 del 30 dicembre 2022, ha aggiornato il proprio “Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali” al fine di dare attuazione all’Atto Aziendale vigente, approvato con decreto n. 62/2022. Tutto ciò detto è in linea con quanto disposto nella “Definizione dell’assetto organizzativo relativo alle strutture semplici articolazioni di struttura complessa” adottata con decreto DG 179/2022 e con l’ “Approvazione del funzionigramma declinante il mandato e le funzioni di Dipartimenti, Strutture complesse e semplici dipartimentali.”, adottato con decreto DG 180/2022. L’applicazione del nuovo Regolamento avverrà a partire dal 2023. Il conferimento di tutti gli incarichi dell’IRCCS ha sempre carattere progressivo e graduale e, in analogia agli anni precedenti, anche nel 2023 si provvederà ad attivare le procedure di selezione per il conferimento degli incarichi d’interesse, pubblicando appositi bandi interni ex art. 11 del citato “Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali”. Tali incarichi hanno una durata stabilita e decorrono dalla data di sottoscrizione del disciplinare di incarico e per la durata di 5 anni o durata inferiore qualora dovessero sopravvenire, nel corso di vigenza, ragioni organizzative e/o ulteriori disposizioni normative, legislative o regolamentari che comportino modifiche all’assetto istituzionale dell’Istituto. L’atto viene poi trasmesso alle Delegazioni Sindacali dell’area contrattuale di riferimento per opportuna informazione. Ai sensi dell’art. 11 del Regolamento succitato, è inoltre prevista una valutazione comparata dei curricula dei Dirigenti, che hanno presentato domanda, da parte del Responsabile della struttura complessa o semplice dipartimentale cui afferisce l’incarico a selezione; agli atti della SSD Politiche del Personale sono conservate le note con cui i Responsabili delle Strutture hanno attestato l’avvenuta ricezione delle candidature e con le medesime, sentita la Direzione Sanitaria, hanno proposto l’affidamento dell’incarico professionale ai dirigenti ritenuti idonei all’espletamento delle funzioni d’interesse.

- Affari legali e contenzioso: la SC Affari Generali e Legali ha adottato da tempo procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nel processo n. 20, articolato in più fasi, del Registro dei rischi 2020 e verificato in sede di audit.
- Per l'affidamento di incarichi di patrocinio legale, proceduralizzato, è stato istituito presso l'IRCCS un elenco di avvocati, a seguito di avviso aperto, cui i professionisti si possono iscrivere se in possesso dei requisiti richiesti. Quando sussiste la necessità di concretizzare il conferimento dell'incarico, il professionista viene individuato nell'ambito del predetto elenco in base a criteri predeterminati e individuati nella procedura stessa. Al professionista selezionato si chiede di manifestare formalmente la propria disponibilità e l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità o conflitto di interessi. Per quanto concerne la gestione del contenzioso, la S.C. AA.GG.LL. osserva puntualmente la specifica procedura elaborata a tal fine, aggiornata periodicamente. La procedura si articola distinguendo tra tipologia di contenzioso:
  - a) contenzioso derivante dalla RC terzi: la gestione è demandata all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute che opera in stretto raccordo con la S.C. AA.GG.LL., attraverso un percorso di progressiva condivisione, partendo dalla valutazione dei sinistri e/o dei contenziosi, per poi analizzare la richiesta risarcitoria, predisporre gli approfondimenti peritali medico-legale del caso, sino ad arrivare alla decisione di transazione o di reiezione/resistenza in giudizio;
  - b) contenzioso in materie diverse dalla RC terzi: la fase di studio e l'istruttoria vengono effettuate direttamente dalla S.C. Affari Generali e Legali che provvede alla segnalazione, se del caso, alla Compagnia assicuratrice che garantisce il rischio tutela giudiziaria nel caso di attivazione del patrocinio legale a favore dei dipendenti eventualmente coinvolti nella vertenza.

## PREVISIONE DELLE AREE SPECIFICHE E MISURE ADOTTATE

Per quanto concerne le aree di rischio specifiche della Sanità così come previste nell'Aggiornamento 2015 al PNA, confermate nel PNA 2016, le misure adottate sono le seguenti:

- attività libero professionale e liste d'attesa: Il processo d'interesse, indicato nel Registro degli eventi rischiosi, è il n. 5. L'attività libero professionale è disciplinata da apposito Regolamento adottato con decreto n. 73/2018 e successivamente rettificato con provvedimenti n. 143/2018 e n. 41/2019; nel 2018, come previsto nel Registro dei Rischi, è stata adottata la procedura di gestione PROAFFGEN\_0018\_00, munita di idonei indicatori di prevenzione della corruzione. La procedura, aggiornata nel corso del 2022, è stata ridenominata più coerentemente "*Gestione organizzativa-amministrativa della libero professione intramuraria*" e formalizzata *sub* prot. int. n. 2160 dd. 25.11.2022.
- i processi relativi alla gestione delle liste d'attesa, elencati nel Registro degli eventi rischiosi, sono i nn. 7, 8, 9 e 10, tutti in capo all'Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitaria e Centro Unico di Prenotazione (CUP). Il controllo delle liste d'attesa, il cui rispetto rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), è costantemente effettuato dalla Direzione Sanitaria

così come specificato nella vigente procedura CUP PRO\_CUP\_001 di prenotazione, eventualmente anche tramite il sistema informatico, considerato quale efficace misura di contrasto alla corruzione. Si tratta di attività sotto costante monitoraggio regionale e ministeriale; il monitoraggio in relazione all'Attività libero professionale è effettuato in sede di rendiconto della Libera Professione da parte della Direzione Sanitaria come prescritto dalla Procedura citata.

- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni: i processi d'interesse, inseriti nel Registro degli eventi rischiosi, sono identificati con il n. 12 (gestione progetti di ricerca), n. 19 (Sperimentazioni cliniche - farmaci, dispositivi, studi osservazionali), n.23 (già sopra menzionato), rubricato "Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie", che, nella fase 1, prevede l'acquisizione e l'approvvigionamento di dispositivi medici e tecnologie per la ricerca, e il n. 29, prima fase, rubricata "Gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali", in capo a diverse articolazioni aziendali. Detti processi sono stati verificati in sede di audit. Nel corso del 2022 è stato adottato, con decreto DG 184 dd 31/10/2022, il "Regolamento delle sperimentazioni cliniche profit e no profit". Pertanto nel corso del 2023, si prevede, in corso di audit, la verifica dell'applicazione di tale regolamento, redatto tenendo conto delle indicazioni contenute nella Delibera ANAC n. 831/2016.
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero: la Direzione Sanitaria sovrintende alle attività di cui al vigente Regolamento di Polizia mortuaria e si avvale dei servizi trasporto salme -in appalto ARCS- presso i servizi cimiteriali comunali e del servizio di anatomia patologica dell'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, ove necessario. Previsione delle misure generali

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. È sempre necessario verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo attraverso il monitoraggio e le misure integrative e/o gli interventi correttivi. Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione e/o intercettare criticità che hanno reso inadeguata la misura stessa.

Le misure generali adottate dall'Istituto sono le seguenti:

- Codice comportamento
- Rotazione degli incarichi
- Obbligo di astensione
- Inconferibilità e Incompatibilità degli incarichi
- Incarichi extraimpiego
- Whistleblowing
- Pantouflage
- Formazione

- Patti d'integrità
- Rotazione straordinaria

## IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

In ossequio al DPR n. 62/2013, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/01", è stato adottato all'interno dell'Istituto, con decreto n. 73/2014 dd. 11/08/2014, il Codice di comportamento che rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Nel corso del 2022 si è proceduto all'aggiornamento del codice di comportamento, secondo le indicazioni riportate della Delibera ANAC n. 177/20 dd. 19 febbraio 2020 ed in applicazione del D.L. 36/2022. Il codice, approvato in via preliminare con decreto n. 225 dd 30/12/2022, è stato posto in consultazione pubblica agli stakeholder interni ed esterni. Successivamente è stato definitivamente adottato con decreto n. 102/2023, unitamente al Codice per l'integrità della ricerca. Nel corso del 2023 verrà divulgato in appositi momenti formativi.

Quanto al monitoraggio e alle verifiche circa il rispetto del codice di comportamento, si prevede che entro il 30 novembre di ogni anno (o entro diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione annuale ad ANAC), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmetta al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;

b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;

c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

## LA ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

L'allegato 2 della Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 è espressamente dedicato al tema della rotazione "ordinaria".

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli soggettivi, attinenti al rapporto di lavoro, e vincoli oggettivi, collegati all'assetto organizzativo dell'IRCCS.

In riferimento ai vincoli soggettivi, l'ANAC chiede che le misure adottate siano compatibili con gli eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, ad esempio diritti sindacali, permessi di assistenza a familiare con disabilità e congedo parentale.

In riferimento ai vincoli oggettivi, la rotazione deve essere correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali indispensabili a svolgere attività specifiche.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità dovute alla specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di esperienze consolidate che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es. informatica, ingegneria clinica, chimica sanitaria, ecc.) e le figure in grado di svolgere queste attività sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

L'Istituto adotta un modello organizzativo a matrice che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Le Piattaforme Assistenziali o Tecnico-Assistenziali aggregano aree assistenziali e/o tecniche omogenee per funzioni o processi e possono essere trasversali anche a più dipartimenti.

In base alla complessità dei processi, all'entità delle risorse attribuite e alla valenza strategica sono gestite da un Dirigente o da un titolare di incarico di funzione appartenenti alle professioni sanitarie o tecniche.

L'Istituto, nel corso del 2023, procederà all'aggiornamento del "Regolamento per la disciplina degli incarichi di funzione del personale del comparto sanità" e della definizione degli stessi, in coerenza con l'assetto organizzativo previsto dall'Atto aziendale vigente.

L'IRCCS ha adottato misure di natura preventiva che determinano analoghi effetti della rotazione. Ad esempio, oltre ai regolamenti adottati l'Istituto predispone periodicamente avvisi di mobilità interna di personale del comparto e in particolare per il ruolo sanitario sono previsti con regolare frequenza i trasferimenti di personale o condivisione di risorse tra le varie piattaforme.

Nel PNA 2016 l'ANAC ha indicato che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni siano tenute ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggior condivisione delle attività fra operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Nello specifico, il dirigente o responsabile di struttura/servizio attua, per quanto possibile, le suddette disposizioni.

Sul tema è intervenuta nuovamente l'ANAC anche con il PNA 2019, Allegato 2 ("La rotazione "ordinaria" del personale"), dando indicazioni ulteriori circa le misure alternative da applicare in caso di impossibilità di rotazione. Tra le misure alternative che si prevede di applicare in Azienda si elenca di seguito:

- il rafforzamento delle misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate il rafforzamento di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali;
- una articolazione dei compiti e delle competenze che consenta di evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo al medesimo soggetto finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti; nelle aree a rischio, affidamento, ove possibile, delle varie fasi procedurali a soggetti diversi, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale;
- eventuale programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità, ove il numero dei dipendenti presenti lo consenta.

Nei casi in cui si ritenga possibile programmare la rotazione, si delineano i seguenti criteri:

- il dirigente competente, ove necessario, valuta con il supporto del RPCT le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione;
- nei casi in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;
- la rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Azienda, ed in considerazione della competenza professionale del personale, e non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

Si evidenzia la raccomandazione del Presidente dell'ANAC dd. 21.10.2021 inerente la misura della rotazione del personale applicata alla sanità. Nella predetta raccomandazione viene richiamata la necessità di individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura di quelli apicali e più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale. Per il personale medico, le posizioni di maggiore criticità si ritengono essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse, a valenza dipartimentale e dipartimenti. L'ANAC raccomanda quindi di applicare il principio di rotazione nell'attribuzione degli incarichi di direzione di dipartimento

(funzioni prevalentemente gestionali) ai responsabili di struttura complessa ivi incardinata. Analogamente nell'ambito degli incarichi relativi ad alcune professioni sanitarie, come farmacisti e professioni infermieristiche. Nel corso del 2023 sarà auspicabilmente effettuata una mappatura degli incarichi dell'Istituto e una valutazione aggiornata dei margini di applicazione del principio di rotazione secondo le predette indicazioni.

## **OBBLIGO DI ASTENSIONE/CONFLITTO DI INTERESSI**

Tutti i dipendenti, in caso di conflitto di interessi, devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990 e ss.mm. e degli artt. 6 e 7 del Codice di comportamento dei dipendenti, dal prendere decisioni, dal partecipare a procedimenti ovvero dallo svolgere attività, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Il conflitto di interesse concerne interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Il dipendente deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, o di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Fondamentale risulta anche la norma di cui all'art. 42 del codice dei contratti pubblici, D.lgs. 50/2016 la quale, nel prevedere l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, stabilisce, al comma 2, che "Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione."

Lo stesso art. 42 prevede, quindi, che "Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura

di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico". "Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici"; "La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati".

L'astensione va comunicata al responsabile della struttura in forma scritta con indicazione delle relative ragioni. Il responsabile esprime in forma analoga le proprie valutazioni e conclusioni. La documentazione relativa ai casi di astensione è allegata agli atti del procedimento/procedura ed è protocollata con specifica codifica.

Nel corso del 2023, così come previsto dalle Linee di gestione 2023, l'IRCCS parteciperà al gruppo di lavoro coordinato da ARCS per la definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023.

## **INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI**

L'Istituto, in attuazione di quanto disposto con la Delibera ANAC n. 833/2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", garantisce un adeguato sistema di verifica dell'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi ai sensi del D.lgs. n. 39/2013. A tal fine viene richiesta, ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39 del 2013, prima del conferimento di un incarico, ed annualmente in costanza dello stesso, una dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato che viene allegata all'atto di conferimento dell'incarico e pubblicata sul sito istituzionale dell'Istituto. La dichiarazione annuale va resa entro il mese di aprile e tempestivamente ogni qualvolta vi sia una variazione rispetto a quanto precedentemente dichiarato.

La SSD Politiche del Personale provvede periodicamente ad effettuare la verifica di quanto dichiarato e procede, in caso di anomalie, a contestare all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto, segnalando un tanto al Responsabile e proponendo le misure conseguenti. Il Responsabile, con la collaborazione della predetta SSD, vigila sulla corretta applicazione del sistema di verifica sulle cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi, anche contestando direttamente eventuali situazioni di cui venga a conoscenza e procede ad effettuare le segnalazioni dovute agli organismi ed autorità competenti.

Nel corso del 2023 la SSD Politiche del personale proseguirà ad effettuare le verifiche richieste dal Piano Anticorruzione con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme.

I controlli previsti sono:

1. attivazione della procedura di certificazione massiva/CERPA, coinvolgendo l'Ufficio locale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale;

2. verifica presso gli uffici Anagrafe e Stato Civile con richiesta di certificazione di stato di famiglia. Come emerso dai controlli degli anni precedenti, siffatto controllo può solo in maniera parziale consentire la verifica di eventuali parentele tra i membri della commissione e i candidati.

## **FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

La L. n. 190/2012 - in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione- ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, l'art. 1, comma 46 della L. 190/2012 ha inserito l'art. 35 bis nel D. Lgs n. 165/2001, ponendo delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

In particolare l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Anche il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Il PNA 2019 prevede che ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, le pubbliche amministrazioni siano tenute a prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative del "modello 231", le verifiche della sussistenza di

eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001.

È compito dei dirigenti, ciascuno per la propria area di competenza, verificare che la procedura per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse ed incompatibilità di cui al citato art. 35-bis sia attivata per tutte le fattispecie, eventualmente implementando, ove necessario la relativa procedura o modulistica.

Una dichiarazione di assenza delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013 (condanne con sentenze anche non passate in giudicato per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del c.p.) viene richiesta quindi anche ai destinatari degli incarichi dirigenziali.

Con Comunicato del Presidente del 24 novembre 2021, ANAC ha chiarito che l'inconferibilità va applicata anche in caso di condanna penale per reato associativo finalizzato al compimento di reati contro la pubblica amministrazione. In tal modo l'Autorità ha completato quanto già affermato nella delibera n.720 del 27 ottobre 2021, integrando quella precedente, n.1201 del 18 dicembre 2019.

## **DISCIPLINA DEGLI INCARICHI E DELLE ATTIVITÀ NON CONSENTITE AI DIPENDENTI (EXTRAIMPIEGO)**

L'IRCCS ha adottato e aggiornato la relativa modulistica di richiesta autorizzazione/comunicazione di incarichi e attività extraistituzionali e, al fine di garantire un adeguato sistema di verifica, anche nel corso del 2023 verrà data applicazione al Regolamento interno contenente i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-impiego ai sensi dell'art. 53, comma 5 del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm., approvato con decreto n. 3 del 24/1/2017. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione da applicare per il rilascio/presa d'atto dell'autorizzazione/comunicazione, le fattispecie soggette solo a comunicazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, le sanzioni e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione rispetto a quanto innovato dalla L. 190/12 e ss.mm..

Inoltre l'Istituto, per le attività di acquisizione quale stazione appaltante, richiede a tutte le ditte partecipanti alle procedure di gara una dichiarazione, resa nelle forme di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm., attestante l'impegno a fornire i nominativi dei titolari di cariche, dei soci e del proprio personale per il controllo di cui all'art. 1, comma 9, punto e), della Legge 190/2012. Viene

prevalentemente utilizzato il modulo DGUE (documento di gara unico europeo) oppure un modulo più snello per affidamenti di basso importo. È ricompresa la dichiarazione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi a soggetti, ex dipendenti dell'IRCCS Burlo Garofolo, che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali (in qualità di dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento, ecc.) relativamente all'oggetto della procedura di gara, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ente.

## TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI

La procedura *Whistleblowing*: GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI POSSIBILI CONDOTTE ILLECITE E RELATIVE FORME DI TUTELA, già formalmente approvata dall'IRCCS e opportunamente divulgata sin dal febbraio 2016, è stata oggetto di aggiornamento nel 2019 (PRO DGN 0019 -1 prot. 1546 dd. 20.02.2019) a seguito delle modifiche introdotte dalla legge n.179 del 30.11.2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità".

La procedura è stata rivista nel corso del 2022 per adeguarla alle nuove "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)", di cui alla delibera ANAC n. 469 dd. 9.6.2021; la procedura verrà adeguata a quanto previsto nel decreto legislativo di attuazione della direttiva europea 2019/1937 e formalmente adottata.

La segnalazione (cd. *whistleblowing*) è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il *whistleblower* contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo. Si precisa che le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» e, quindi, ricomprendono quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito.

Non sono invece meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci.

Le segnalazioni, redatte secondo l'apposito modulo allegato alla procedura, possono essere indirizzate al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e presentate, allo stato, con le seguenti modalità:

- a) mediante invio all'indirizzo di posta elettronica dedicato: [prevenzione.corruzione@burlo.trieste.it](mailto:prevenzione.corruzione@burlo.trieste.it)
- b) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione con la dicitura RISERVATA PERSONALE.

In ogni caso la protocollazione della segnalazione è effettuata in via riservata al protocollo generale dell'Istituto, al fine di garantire la riservatezza del segnalante.

La procedura lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del codice penale e dell'art. 2043 del codice civile.

Sono, altresì, fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto giuridico.

La procedura è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ Corruzione nonché sull'intranet aziendale.

## FORMAZIONE

Nei primi mesi del 2022 l'Istituto ha aderito al progetto formativo regionale, segnalando i nominativi dei primi n. 150 dipendenti per il corso FAD "La prevenzione della corruzione nelle aziende sanitarie". Il corso rientra nella formazione obbligatoria ex-lege e dovrà essere completato entro il 30 giugno 2022. Successivamente il corso è stato esteso ad altri dipendenti. Complessivamente sono stati formati 242 dipendenti.

Nel 2023 si prevede l'attivazione di un corso di formazione sul codice di comportamento, di recente adozione: la formazione sarà rivolta principalmente ai quadri intermedi affinché si possano fare parte attiva nella promozione del codice tra i propri collaboratori.

Verrà inoltre erogata una formazione specifica nelle varie aree a rischio, utilizzando principalmente la formazione a distanza di agenzie formative qualificate.

## ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO C.D. PANTOUFLAGE

L'art. 1, comma 42, lett. l) della L.190/2012 ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (*pantouflage*), introducendo all'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, il comma 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi 3 anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Al fine di garantire l'applicazione della suddetta disposizione, il competente ufficio del personale acquisisce, al momento dell'assunzione e tramite apposita modulistica e con accettazione nel contratto individuale di lavoro, dichiarazione da parte del personale assunto contenente l'impegno di non prestare attività lavorativa, sia a titolo di lavoro subordinato sia a titolo di lavoro autonomo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto.

## PATTO DI INTEGRITÀ

Ai sensi dell'art. 1, c. 17, l. 190/2012 e ss.mm., le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara.

L'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, quale concedente o stazione appaltante, richiede agli operatori economici partecipanti alle procedure di affidamento di concessioni o appalti, la sottoscrizione per accettazione del Patto di integrità, che rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito delle concessioni e dei pubblici appalti banditi dall'Istituto. Esso disciplina e regola le modalità di relazione e gestione da parte degli operatori economici e del personale operante, a qualsiasi titolo, presso l'Istituto, nell'ambito delle procedure di progettazione, affidamento ed esecuzione di appalti di lavori, servizi e forniture, delle concessioni di lavori e servizi, nonché degli altri contratti disciplinati dal D.Lgs. n. 50/2016.

Il Patto di integrità prevede espressamente l'obbligazione dell'Istituto, quale soggetto concedente/stazione appaltante, e dei concorrenti ed aggiudicatari a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione di un contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Le prescrizioni e le relative sanzioni contenute nel Patto, applicabili se del caso, sono valide e vincolanti per l'operatore economico dal momento della partecipazione alla singola procedura di gara sino alla completa esecuzione del contratto stipulato in esito alla conclusione dello specifico *iter* procedurale cui l'operatore economico ha partecipato.

È espressamente previsto, infine, ai sensi dell'art. 4, co. 4, del Patto d'Integrità, che eventuali fenomeni corruttivi o altre fattispecie di illecito, fermo restando, in ogni caso, quanto previsto dagli artt. 331 e segg. del c.p.p., debbano essere segnalati al Responsabile Unico del Procedimento ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto.

Nel corso del 2020, l'Istituto ha provveduto ad aggiornare il testo del patto d'integrità, approvato con decreto del DG n. 95 del 05/08/2020 e pubblicato sul sito *web* aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il patto d'integrità deve essere inserito negli atti di gara e sottoscritto dai concorrenti in occasione di tutte le procedure successive alla suindicata approvazione.

L'esigenza di ridurre il rischio nell'area afferente ai contratti pubblici impone un costante e attento monitoraggio sull'effettiva applicazione della misura anche per il triennio di vigenza del presente Piano.

## LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

La rotazione c.d straordinaria prevista dall'art.16 c. 1 lett. l) quater del D.Lgs. 165/2001, si attiva, invece, successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi.

I responsabili dei centri di attività e di risorsa provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo con provvedimento motivato, la rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria, dal carattere eventuale e cautelare, finalizzata a tutelare l'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

Al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al caso concreto, l'Amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza, sia dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti dei dipendenti, sia di una condotta oggetto di tali procedimenti e qualificabile come "corruttiva".

La valutazione della condotta del dipendente da parte dell'Amministrazione è obbligatoria ai fini dell'applicazione della misura. La stessa è tenuta infatti ad applicare la revoca dell'incarico o il trasferimento/assegnazione del dipendente ad altro ufficio/servizio, nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata con provvedimento motivato, rilevi che la condotta posta in essere dal dipendente sia di natura corruttiva.

Con specifico riferimento sia alla valutazione dei reati che danno luogo alla rotazione straordinaria che al momento in cui deve essere effettuata la valutazione stessa, è intervenuta l'ANAC con Delibera n. 215 del 26.03.2019, segnalando che la L. 97/2001 e il D.Lgs. 271/1989 e ss.mm. si inseriscono nella disciplina riguardante l'informazione sull'azione penale, l'individuazione dei reati presupposto e le misure da adottare da parte dell'Amministrazione.

L'Amministrazione pubblica, coinvolta nel processo penale, è obbligata ad attuare la misura della rotazione su espressa richiesta dell'ANAC, destinataria delle informative del pubblico ministero relative ad alcuni dei delitti di cui al Titolo II capo I libro II cp, contro la Pubblica Amministrazione.

La rotazione, nel corso del procedimento penale, è attuata attraverso il trasferimento del dipendente ad ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto; in caso di impossibilità, in ragione della qualifica rivestita o per obiettivi motivi organizzativi, l'Amministrazione pone il dipendente in posizione di aspettativa o disponibilità con diritto al trattamento economico in godimento. Nel caso di condanna non definitiva la stessa è obbligata a sospendere il dipendente dal servizio. Nel caso di sentenza penale irrevocabile di condanna è invece applicata dal giudice la pena accessoria dell'estinzione del rapporto di lavoro.

Anche con riferimento all'avvio di un procedimento disciplinare, nelle more dell'accertamento, l'Amministrazione è tenuta ad applicare la misura, di natura preventiva e non sanzionatoria, del trasferimento del dipendente per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate nei reati come sopra indicati.

Non si rilevano casi d'interesse nel contesto aziendale.

### 2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Nell'ottica del progressivo sviluppo e implementazione del processo di programmazione e attuazione delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l'Istituto si impegna a rispettare, nell'arco del triennio 2023-2025, le scadenze di seguito indicate (le scadenze hanno periodicità costante nel corso del triennio e pertanto vengono riportate solo quelle relative al 2023):

<b>Termini</b>	<b>Interventi</b>	<b>Soggetti competenti individuati</b>
31/3/2023	Adozione del PIAO 2023-2025	Direttore generale su proposta Responsabile RCPT e referente PIAO
In corso d'anno 2023 con scadenze predefinite nell'allegato Registro dei rischi	Attività previste nell'allegato 3 "Registro dei rischi" e allegato 5 "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza"	Responsabile del processo ( <i>Process owner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i> )
31/08/2023	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi - in linea con il monitoraggio degli obiettivi di budget	Responsabile del processo ( <i>Process owner</i> )
31/10/2023	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità sorte nell'applicazione delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare

30/11/2022	<i>Audit</i> di verifica su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i processi individuati</li> <li>- Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte</li> <li>- Conformità della conferma o meno del grado di rischio, attraverso scheda</li> <li>- Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio</li> <li>- Verifica adempimenti dei pubblicazione.</li> </ul>	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare +Responsabile del processo ( <i>Processowner</i> )+ Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2023 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale di una relazione annuale sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'OIV	Responsabile RPCT

L'Audit interno annuale è programmato in esecuzione degli adempimenti previsti dalla pianificazione aziendale e si tiene, di regola, nel mese di novembre con il coinvolgimento di tutti i process owner.

L'Audit è finalizzato a:

- verificare con i process owner dei processi mappati l'attuazione delle misure di contenimento dei rischi ad essi associati nonché l'eventuale variazione del grado di rischio a fronte delle misure introdotte;
- monitorare i processi con rischio basso;
- esaminare le eventuali proposte dei process owner per l'integrazione della mappatura dei processi o per lo sviluppo della descrizione delle fasi del processo;
- valutare le eventuali proposte dei process owner di rimodulazione della mappatura dei processi, espungendo dalla stessa i processi o le fasi di processo non più considerati a rischio corruzione;
- accertare l'osservanza degli obblighi di pubblicazione su Amministrazione trasparente del sito web istituzionale per le parti di rispettiva competenza.

Infine, entro il 15 dicembre di ogni anno (o altra data indicata dall'Autorità) il RPCT redige e pubblica sul sito la Relazione annuale per l'anno di riferimento e la trasmette all'organo di vertice e all'OIV.

## INDICATORI DI MISURAZIONE

L'indicatore di misurazione è il rispetto degli adempimenti nelle scadenze indicate nel Registro degli eventi rischiosi e nel Programma della Trasparenza, entrambi allegati al presente Piano.

Oltre ad esso, sono indicati specifici indicatori al fine di ottenere le evidenze a supporto degli obiettivi prefissati.

## RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

È un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto promuovendone eventualmente di nuovi.

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio ed è pertanto utile per poter individuare rischi emergenti ed identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, di prevederne di nuovi e/o individuare criteri più efficaci per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT ma dovrebbe essere realizzato con il contributo metodologico delle Strutture organizzative deputate all'attività di valutazione della performance e da quelle deputate alla vigilanza e audit interno. Il riesame dovrebbe essere condotto ragionevolmente nel mese di dicembre, dopo gli audit annuali e prima della stesura del nuovo Piano, come auspicato nel cronoprogramma di cui al precedente paragrafo.

## VERIFICA DA PARTE DI SOGGETTI ESTERNI

La correttezza e conformità dei contenuti anche per la sezione Amministrazione trasparente sono sottoposti a verifica da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), attraverso la Piattaforma di acquisizione e monitoraggio dei dati relativi ai Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. A partire dal Piano 2020-2022, tale piattaforma raccoglie, in maniera sistematica, le informazioni che riguardano la definizione dei piani, la programmazione delle misure in esso contenute e la loro attuazione. Attraverso l'acquisizione di tali dati e informazioni l'Autorità ha la possibilità di ottenere un feedback completo sullo stato dell'arte dell'attuazione da parte delle amministrazioni pubbliche della normativa anticorruzione dedicata (legge n.190 del 2012 e ss.mm. e Delibera ANAC n.1134/2017).

Il PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019) non ha esplicitato in maniera univoca l'obbligatorietà di procedere alla registrazione ed all'inserimento dei dati relativi ai Piani. Tuttavia, alla luce del richiamo, quale base giuridica della Piattaforma, del comma 8, dell'art. 1, della legge 190/2012 e ss.mm., che prevede la trasmissione del PTPCT ad ANAC, si può ritenere che la Piattaforma online sia la modalità per adempiere a tale previsione normativa. A sostegno di tale

interpretazione si osserva come l'allegato 1 al PNA 2019 specifica che i RPCT "sono tenuti a registrarsi ed accreditarsi" sulla Piattaforma e che, per il 2020, la stessa ha operato in forma sperimentale, limitandosi alle sole Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 dd. 30.03.2001 e ss.mm. La Piattaforma viene aggiornata dal RPCT.

In particolare, si ricorda che la Piattaforma informatizzata, attivata dall'ANAC, si compone di tre sezioni:

- anagrafica: finalizzata all'acquisizione delle informazioni in merito all'Amministrazione, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, alla sua formazione ed alle sue competenze;
- Piano Triennale: finalizzato all'acquisizione delle informazioni relative al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) vigente nell'anno di riferimento ed alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- questionario Monitoraggio attuazione: finalizzato all'acquisizione delle informazioni relative alle misure di prevenzione ed allo stato di avanzamento del PTPCT.

La compilazione del Sistema è riservata al soggetto nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e ai componenti la Struttura di Supporto denominati Assistenti-RPCT.

Per quanto d'interesse, il RPCT pro tempore dell'IRCCS ha provveduto a compilare tutte le sezioni relative alle annualità 2019, 2020, 2021 e 2022.

La pubblicazione dei dati e delle informazioni sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", e il loro regolare aggiornamento, rappresentano un'efficace e diretta modalità per promuovere e realizzare gli obiettivi del presente Piano.

### **2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza**

All'interno della presente sezione del PIAO dell'Istituto sono state individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese quelle di natura organizzativa, intese ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, c. 3 del d.lgs. n. 33/2013.

Anche la disciplina sulla trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In attuazione della l. 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", il Governo ha adottato il d.lgs., 14 marzo 2013, n. 33 per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche

amministrazioni, che ha operato una razionalizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e disciplinando, inoltre, le modalità per la loro realizzazione.

## **OBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Il d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. individua i dati, i documenti e le informazioni che devono essere resi obbligatoriamente noti mediante pubblicazione nella sezione del sito internet istituzionale dell'IRCCS denominata "Amministrazione Trasparente" e l'Istituto si avvale dell'A.N.A.C. per la disciplina di tali obblighi con carattere di gradualità.

## **MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI**

La sezione Amministrazione Trasparente dell'IRCCS è stata progettata ed implementata secondo le specifiche disposizioni di legge, in particolare secondo la struttura prevista nell'allegato al d.lgs 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC n. 1310/2016. Per l'anno 2023 la griglia relativa alla Trasparenza, e di conseguenza la pagina del sito dell'IRCCS relativa all'"Amministrazione trasparente" è stata adeguata nella parte relativa ai bandi di gara e contratti così come previsto dall'allegato 9 del PNA 2022.

Pertanto, i dati, i documenti e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono stati selezionati in osservanza delle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e delle indicazioni di cui alle delibere dell'ANAC e, più in generale, del quadro normativo inerente agli obblighi di pubblicazione on line delle Amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione.

I singoli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" sono indicati nella "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 5 al presente Piano, in cui sono evidenziati, in particolare i documenti e gli adempimenti e le articolazioni aziendali assoggettati all'obbligo, i modi e i tempi di pubblicazione in conformità alle disposizioni del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.

## **I SOGGETTI RESPONSABILI DELLA PRODUZIONE, DELLA PUBBLICAZIONE E DELL'AGGIORNAMENTO DEI DATI**

Il Gruppo multidisciplinare di referenti aziendali è competente anche per gli adempimenti relativi alla Trasparenza ed effettua periodicamente, almeno annualmente, con il supporto del Responsabile aziendale della Qualità, il controllo sulla sufficienza, congruenza e pertinenza di quanto pubblicato attraverso l'autovalutazione, gli audit, e collabora con l'OIV nell'esercizio della specifica funzione di controllo.

In linea con le indicazioni dell'ANAC sulle attribuzioni dei dirigenti ai fini della pubblicazione dei dati, il d.lgs. n. 33/2013 prevede esplicitamente che «i responsabili degli uffici

dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge» (art. 43, c. 3).

I dirigenti responsabili delle strutture indicate nella colonna «strutture e soggetti tenuti a invio dati e documenti» della Tabella dell'allegato 5, effettuano l'invio tempestivo e completo di tutti i dati e documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai dirigenti o al personale, espressamente individuato, delle strutture indicate nella colonna «strutture tenute alla pubblicazione» della medesima tabella.

Tali ultimi soggetti sono tenuti, altresì, alla tempestiva pubblicazione di tutti i dati e documenti forniti nelle sotto-sezioni del sito Internet all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

## **MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA**

Il mancato o parziale o incompleto assolvimento degli obblighi di cui al precedente punto costituisce oggetto di valutazione individuale e dell'eventuale responsabilità disciplinare.

Nella programmazione annuale e nel percorso di budget sono esplicitati gli obiettivi attinenti alla realizzazione del presente Piano, i quali formano oggetto di valutazione secondo la metodologia valutativa in essere.

L'OIV dell'IRCCS attesta l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza ed effettua le comunicazioni prescritte agli organi competenti.

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Piano è svolto dal RPCT in sede di *Audit* con cadenza di norma annuale, con il Responsabile della Qualità aziendale e, per la verifica del necessario raccordo con gli obiettivi di *performance*, anche con il Responsabile della Programmazione e Controllo di gestione.

## **ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO**

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle Pubbliche Amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi dell'art. 5 co. 1 del d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 *bis*, relativo alle esclusioni e ai limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del medesimo decreto.

Come illustrato nella Procedura “Accesso civico semplice e generalizzato”, Prot. n. 1255.Cl.I/8 d.d. 11.02.2019, pubblicata nella sezione “Altri contenuti - Accesso civico” dell’Amministrazione trasparente, l’IRCCS ha disciplinato i criteri e le modalità per l’esercizio delle forme normativamente previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall’Istituto, dall’accesso civico semplice, da parte di chiunque ne abbia interesse, ai sensi dell’art. 5, co. 1, d.lgs. n. 33/2013, a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all’accesso civico generalizzato, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell’art. 5, c. 2 dello stesso d.lgs. n. 33/2013, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione. Per ognuna delle fattispecie esaminate dalla Procedura, vengono definiti:

- i criteri di formulazione dell’istanza di accesso (rendendo altresì disponibili moduli *standard* per la presentazione della richiesta);
- il destinatario dell’istanza ovvero il responsabile del procedimento che può essere, alternativamente, l’Ufficio che detiene i dati, le informazioni e i documenti, l’URP, il RPCT;
- le modalità di svolgimento del procedimento;
- gli strumenti a disposizione nei casi di inerzia, mancata risposta o diniego.

In occasione della pubblicazione della succitata Procedura si è provveduto a riorganizzare i contenuti della pagina della sezione “Altri contenuti - Accesso civico” dell’Amministrazione trasparente, articolandola in tre ulteriori sottosezioni: la prima dedicata specificamente all’accesso civico semplice e a quello generalizzato, la seconda alle modalità di esercizio del diritto e la terza al Registro degli accessi, contenente l’elenco delle richieste di accesso presentate all’Istituto con l’oggetto, la data dell’istanza e il relativo esito e la data della decisione.

## **3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

Così come specificato nell’Atto Aziendale, l’Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno - infantile Burlo Garofolo (C.F. e P.I. 00124430323) è un Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino con sede legale in via dell’Istria 65/1, Trieste.

Il Burlo Garofolo è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla Legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, in attuazione del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 di riordino degli I.R.C.C.S. come integrato e modificato da ultimo con il D.Lgs 30.12.2022, n. 200, dalla Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018, dalla Legge regionale n. 22 del 19 dicembre 2019 e dalle altre leggi nazionali e

regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie. Il Burlo è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in data 10 dicembre 1968 ed è tuttora confermato tale in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali.

L'Atto aziendale adottato con Decreto n. 62 dell'11.5.2022 sta per essere modificato a seguito dell'entrata in vigore del predetto D.Lgs n. 200/2022 con, tra l'altro, l'introduzione di un'apposita sezione per le funzioni della ricerca; il documento individua l'assetto istituzionale ed organizzativo dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, definendo l'identità aziendale, *mission* e *vision* dell'Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell'Ente.

L'assetto organizzativo dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale.

La Direzione strategica - composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo - definisce, in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo sanitario e di ricerca nazionali ministeriali e regionali, le strategie, gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali aziendali e ne controlla l'attuazione. Si avvale di uno *staff* di supporto posto alle dirette dipendenze del Direttore Generale, articolato in strutture, uffici, servizi, che svolge funzioni di pianificazione e controllo direzionale, di gestione della comunicazione interna ed esterna, della formazione e della sicurezza.

La Direzione strategica è la sede di governo dell'Istituto. Assolve alle funzioni di controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Garantisce le interrelazioni necessarie per conseguire il perseguimento dei fini istituzionali con gli organi e organismi istituzionali e con le Istituzioni.

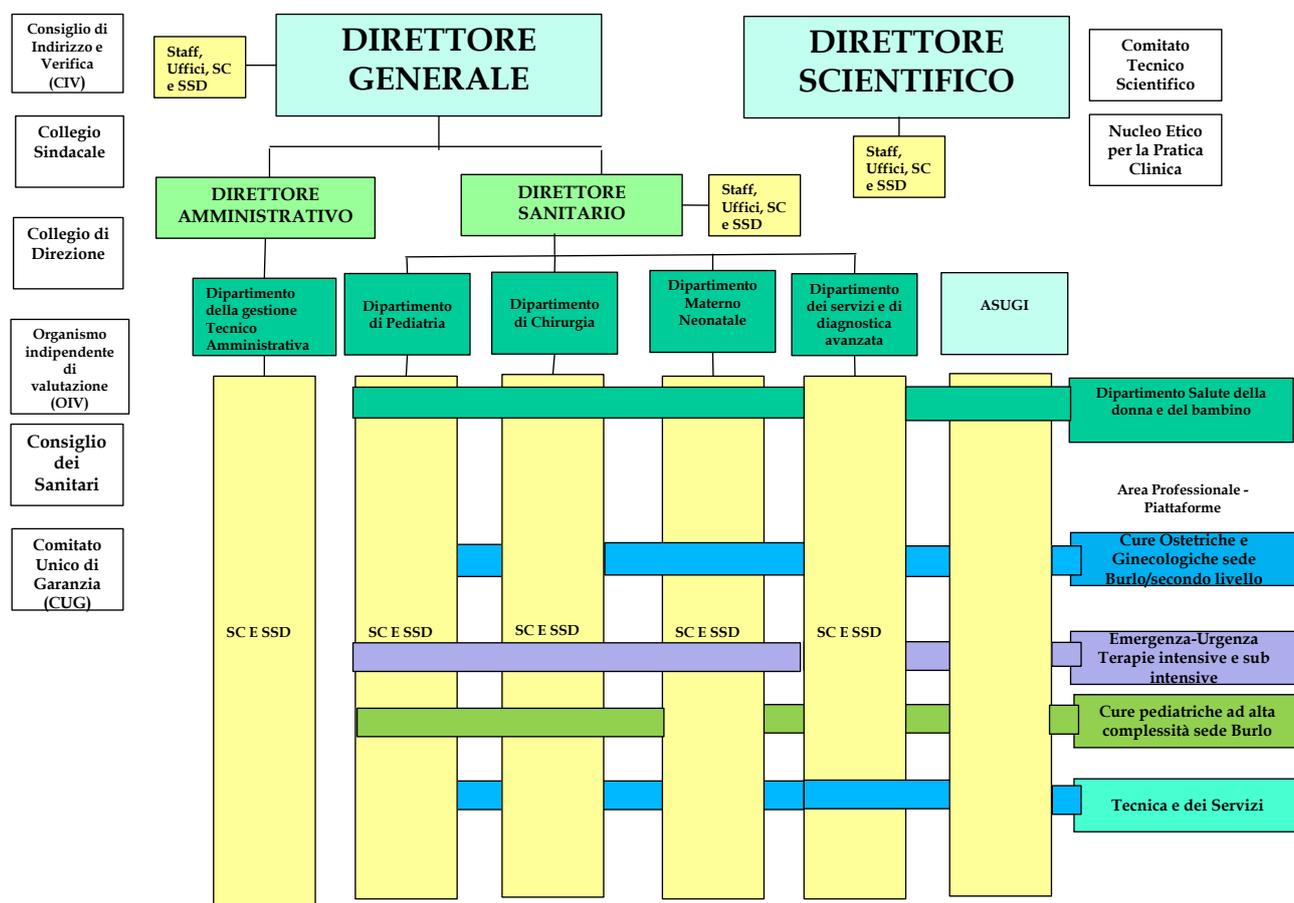
L'Istituto, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi del Piano Sociosanitario Regionale, garantisce l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area materno-infantile in ambito regionale, nazionale e internazionale, in rete con le strutture di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia regionali e con gli Ospedali Pediatrici italiani.

Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche sanitarie in questo ambito.

L'Istituto, essendo sede di riferimento per il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per l'ambito materno-infantile, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università. Garantisce inoltre l'assistenza materno-infantile di base per l'area triestina, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI).

La visione strategica del Burlo è orientata a garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Friuli Venezia Giulia, direttamente o indirettamente, svolgendo il ruolo di hub regionale per l'area materno-infantile, in un sistema *hub-spoke* non solo ospedaliero, ma anche ospedale-territorio, coordinando nel contempo la ricerca e l'innovazione, nonché la didattica e la formazione per l'area materno-infantile. L'Istituto, inoltre, intende sviluppare il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e l'implementazione di altre realtà sanitarie, soprattutto in aree disagiate del mondo.

L'Istituto è risultato rientrare nel 2021 tra i 150 ospedali pediatrici migliori al mondo, secondo una classifica stilata annualmente dal Newsweek in collaborazione con la Società di ricerca Statista.



## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### PRESUPPOSTI DI FATTO E DI DIRITTO.

Con legge n. 81 dd. 22.05.2017 *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*, in epoca quindi antecedente all’emergenza pandemica Covid-19, è stata fornita dal legislatore la definizione di lavoro agile.

L’emergenza sanitaria derivante dalla pandemia Covid-19 ha dato impulso, come richiesto dalla normativa allora vigente, al ricorso da parte dei dipendenti alla modalità di lavoro agile, per la prima volta regolamentato in Istituto con circolare prot. 459/2020 dd. 11.03.2020 rubricata *“Adozione delle Linee guida in tema di prestazione lavorativa dei dipendenti dell’IRCCS Burlo Garofolo in situazione emergenza Covid-19. Criteri e modalità di svolgimento del cd ‘lavoro agile’”*.

Si è provveduto ad autorizzare tutte le richieste inoltrate dai dipendenti a seguito della circolare sopraccitata, al fine di agevolare il più possibile il ricorso allo svolgimento di lavoro in modalità agile nel periodo di emergenza sanitaria, provvedendo comunque a formalizzare gli accordi contrattuali come previsto dalle norme antecedenti il periodo pandemico.

L’Istituto ha quindi proceduto ad una mappatura delle attività, vale a dire *“la ricognizione dei processi di lavoro che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, possono essere svolti in modalità agile”* (circolare prot. n. 1770/2020 dd. 21.10.2020 rubricata *“Lavoro agile - Mappatura”*).

Con Decreto del Direttore Generale n. 140 dd. 20.11.2020 rubricato *“Ricognizione delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile”* si è preso atto dell’elenco delle attività effettuabili in lavoro agile, come rilevate dai Responsabili delle diverse articolazioni dell’istituto.

Si è data quindi prosecuzione agli accordi già attivi facendo riferimento alla normativa che prevedeva l’accesso semplificato allo *smart working* e, nei casi di nuove attivazioni, è stata previsto quale termine di scadenza la cessazione dello stato emergenziale.

Successivamente il DPCM del 23.09.2021 ha ripristinato la modalità ordinaria di accesso al Lavoro Agile, stabilendo il ritorno in ufficio dei dipendenti pubblici a partire dal 15 ottobre 2021, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a assicurazione della piena erogazione dei servizi resi agli utenti;
- b adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza;
- c una piattaforma digitale o un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d piano di smaltimento del lavoro arretrato, se accumulato;
- e fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;

- f prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- g rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Analogamente, il D.M. del 08.10.2021 ha previsto che, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile - da definirsi ai sensi dell'art. 6, comma 2, lettera c), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - e tenuto conto che il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, possa essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle condizioni di cui sopra.

A seguito dell'estensione del Green pass anche ai lavoratori del settore pubblico e del contenimento epidemiologico, l'Istituto ha quindi provveduto a richiamare i dipendenti a un progressivo rientro in presenza, nello specifico con circolare prot. n. 9901/2021 dd. 21.10.2021 rubricato *"Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni"*. Il lavoro agile cessa dunque di essere una delle modalità ordinarie di svolgimento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni ed è pertanto richiesto il rientro in presenza del personale, assicurando da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza.

Fermo restando che gli accordi individuali precedentemente autorizzati sono stati confermati.

In relazione al nuovo acuirsi dei contagi causa variante Omicron, le Pubbliche amministrazioni sono state sensibilizzate all'utilizzo del Lavoro Agile quale comprovato strumento di contenimento della diffusione del virus, seppure la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa resti comunque quella svolta in presenza, e all'importanza della flessibilità.

L'Istituto ha richiesto quindi ai Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative a valutare le singole situazioni al fine di dare prosecuzione o attivare nuovi accordi di lavoro agile, raccomandando di attenersi alle disposizioni vigenti e di valutare la gestione della presenza al lavoro in considerazione della specificità della struttura diretta e del personale ivi assegnato.

Con circolare prot. n. 3720/2022 del 05.04.2022 rubricata: *"Modalità organizzative per lo svolgimento del lavoro agile. Accordo individuale"*, l'Istituto ha ribadito che la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle PP.AA. è quella svolta in presenza, ma ha al contempo confermato il lavoro agile quale strumento che favorisce la produttività e l'orientamento ai risultati, attraverso l'innovativa modalità di organizzazione del lavoro che mette al centro le

esigenze delle persone, contribuendo così a migliorare la conciliazione dei tempi di vita del personale con quelli lavorativi. Con la medesima circolare sono stati inoltre invitati i Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative interessate ad integrare, ove necessario, gli accordi individuali sottoscritti con il personale assegnato, ben specificando le modalità e i criteri di valutazione della prestazione lavorativa declinata nell'ambito delle pratiche/attività individuate nell'accordo stesso. Si è ribadito inoltre ai Responsabili di continuare, in applicazione dell'art. 1, comma 4 del citato DM 8.10.2021, a valutare le eventuali ulteriori richieste di lavoro agile tenendo conto della necessità di procedere ad una graduale normalizzazione dell'organizzazione degli uffici e di garantire la continuità del servizio all'utenza nel rispetto delle prescrizioni vigenti.

Con circolare prot. n. 13289 del 29.12.2022 "*Modalità organizzative per lo svolgimento del lavoro agile. Comunicazione*" e la successiva comunicazione di data 31.01.2023 prot. int. n. 295/2023 è stata comunicata la prossima adozione del Regolamento interno in tema di lavoro agile. In considerazione della necessità di prevedere un periodo di transizione, per consentire la sottoscrizione dei nuovi contratti individuali con il personale che ne avrebbe fatto richiesta ed avente diritto in base ai nuovi criteri stabiliti dal Regolamento, i contratti in essere con scadenza al 31.12.2022 sono stati prorogati da ultimo fino al 15.2.2023 ovvero fino alla definitiva adozione del Regolamento.

## **REGOLAMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE IN VIA ORDINARIA PRESSO L'IRCCS BURLO GAROFOLO**

Nell'ottica di superamento della prospettiva emergenziale, si è reso quindi necessario regolamentare e definire la modalità di accesso al lavoro agile in regime "ordinario", tenuto conto della flessibilità garantita dallo stesso.

Il lavoro agile o smart working non è inteso come una diversa tipologia di rapporto di lavoro, bensì una particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

In data 8 febbraio 2023 con Decreto n. 50 è stato approvato il "*Regolamento per la disciplina del lavoro agile dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo*", con il quale si è disposto altresì che le disposizioni del regolamento in argomento si applicano in analogia con il personale del Comparto anche alla Dirigenza Area Sanità e Dirigenza PTA, nelle more della sottoscrizione dei nuovi C.C.N.L. di riferimento e dell'adozione di eventuali diverse indicazioni normative.

La prestazione può essere eseguita in modalità agile quando sussistano le seguenti condizioni:

a) è possibile delocalizzare le attività assegnate al dipendente senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro o sia necessaria una relazione costante con il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza o con i colleghi;

b) le attività siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche e prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;

c) lo svolgimento della prestazione in modalità agile non pregiudica in alcun modo la qualità dei servizi erogati all'utenza;

d) le attività siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati;

e) lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta coerente con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato;

f) il dipendente gode di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati.

Tenuto conto anche di quanto indicato di cui al Decreto 140 dd.20.11.2020 rubricato *“Ricognizione delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile”*, sono escluse dallo svolgimento in modalità di lavoro agile:

a) le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti;

b) le attività da prestare su turni;

c) le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non remotizzabile;

d) le attività di commissioni di gara e di concorso;

e) le attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico;

f) le attività di segreteria di qualsiasi articolazione dell'Istituto;

g) le attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro istituzionale (per esempio, magazzino, attività diagnostica di laboratorio, ecc...).

Rimane in capo al Direttore/Responsabile di Struttura, in accordo con la Direzione Sanitaria o Amministrativa o Direzione Scientifica di competenza, l'individuazione non solo delle attività che possono essere svolte in modalità agile, ma anche del personale destinato a tale modalità.

Nell'affidamento dell'attività da svolgere con modalità di lavoro agile, la cui attivazione avviene su base volontaria del dipendente, i Direttori/Responsabili di Struttura devono tenere in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere soggettivo.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, i Direttori/Responsabili di Struttura adottano i seguenti criteri di priorità. A titolo esemplificativo ma non esaustivo:

a) dipendenti con figli fino a 12 anni di età;

b) dipendenti con figli, senza limiti di età, in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/92;

c) dipendenti con disabilità in situazione di gravità accettata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della L. n. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, L. n. 205/2017;

d) lavoratrici in stato di gravidanza;

e) lavoratrici che fruiscono dei congedi in favore delle vittime di violenza di genere di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 80/2015 in quanto inserita in percorsi di protezione;

f) dipendenti "fragili" in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologia oncologica o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, compresi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità e i lavoratori affetti da patologie e condizioni di cui al D.M. del 4 febbraio 2022;

g) dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dal medico competente che ne raccomanda la fruizione;

h) dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 46% riconosciuta ai sensi della L. n. 68/99.

Rivestono motivi di preferenza le situazioni di seguito riportate, sempre a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

a) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;

b) tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea.

Fermo restando che la prestazione lavorativa in presenza deve essere prevalente rispetto a quella resa in modalità agile nonché il principio dell'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione del lavoro in tale modalità, il dipendente ammesso al lavoro agile può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro ordinariamente per un massimo di 9 giornate al mese, traducendosi, di norma in 2 giorni settimanali e non frazionati ad ore, secondo un calendario da concordare preventivamente con la Struttura di appartenenza. Il Direttore/Responsabile di Struttura, ove ricorrano particolari esigenze organizzative o sanitarie, può modulare le giornate di lavoro agile anche superando il suddetto limite, fermo restando che il dipendente potrà lavorare in modalità agile per un massimo di 27 giorni nel trimestre. I suddetti limiti sono da riproporzionare alle giornate lavorate (al netto di ferie e/o altre assenze a qualsiasi titolo fruita).

## DATI SULLE ATTIVAZIONI DI LAVORO AGILE PRESSO L'ISTITUTO.

Alla data del 17 marzo 2023 risultano attivati, ai sensi del Regolamento di cui sopra, 64 accordi individuali per lo svolgimento della modalità di lavoro agile, suddivisi come da tabelle sottoriportate.

COMPARTO		
RUOLO	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
AMMINISTRATIVO	Coadiutore Amministrativo	2
	Coadiutore Amministrativo Senior	1
	Assistente amministrativo	15
	Collaboratore amministrativo	11
	Collaboratore amministrativo senior	1
TECNICO	collaboratore tecnico professionale senior	1
SANITARIO	collaboratore professionale sanitario senior	1
	cps- infermiere e infermiere pediatrico	2
	cps - dietista	1
	cps - tecnico della prevenzione	1
	cps - assistente sociale	1
RICERCA	collaboratore professionale di ricerca sanitaria	7
	ricercatore sanitario	12
Totale attivazioni - personale comparto		56

DIRIGENZA		
AREA	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
PTA	Dirigente amministrativo	4
	dirigente statistico	2
SANITARIA	dirigenti medici	2
Totale attivazioni - personale dirigente		8

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano verrà formalmente adottato in sede di approvazione del PAO 2023, contenente anche il bilancio preventivo 2023, così come previsto dalle Linee di gestione 2023 (DGR 480/2023) al fine di garantire politiche assunzionali in linea con le risorse assegnate.

#### 3.3.5 FORMAZIONE DEL PERSONALE

L' IRCSS Burlo Garofolo riconosce da sempre nella formazione una leva strategica del sistema di governo, rivolta a soddisfare le esigenze di perfezionamento delle conoscenze e competenze dei collaboratori e a favorire i cambiamenti organizzativi richiesti dalle politiche sanitarie e dal contesto socio-economico in rapido cambiamento.

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, la formazione collabora nella promozione e nella diffusione dei progetti e dei risultati della ricerca condotta in ambito materno-infantile, di cui l'ospedale è riferimento a livello regionale e nazionale.

La formazione assume quindi il valore di un investimento fianlizzato a:

- sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze del personale dell'Istituto di tutti i profili professionali (sanitario, tecnico ed amministrativo) in un processo continuo e permanente;
- favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale;
- rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria secondo standard di sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità delle prestazioni;
- diffondere la cultura aziendale.

Tutte le attività formative sono erogate secondo il sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), applicabile sia ai professionisti sanitari con obbligo di crediti ECM, che ai professionisti o agli operatori senza obbligo di crediti ECM.

I programmi di formazione continua e le attività di didattica istituzionale sono sviluppati attraverso il Centro Attività Formative in staff al Direttore Generale e coordinato dal Direttore Sanitario.

Il Centro Attività Formative ha acquisito l'accreditamento standard nella qualifica di Provider ECM con il codice "IRCBG\_" a far data dal 01.08.2018 attualmente in rinnovo. Agisce in linea con i criteri stabiliti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina e con la specifica normativa regionale, garantendo che tutte le fasi del processo formativo siano coerenti con gli standard di qualità e con gli obiettivi formativi della Commissione Nazionale e Regionale ECM.

È certificato:

- ai sensi della norma ISO 9001:2015
- ai sensi della norma ISO 21001:2018 dal 27/05/2022.

I processi primari del Centro Attività Formative hanno per oggetto :

- la rilevazione dei fabbisogni formativi del personale dell'Istituto, espressi nel Piano Formazione Aziendale (PFA);
- la progettazione e la realizzazione di eventi di formazione residenziale (FR) e formazione sul campo (FSC) gestiti autonomamente o in sinergia con altre Aziende ed Istituzioni;
- la progettazione e la realizzazione di attività formative inserite nel Piano della Formazione Regionale che la Direzione Centrale Salute assegna al Provider IRCBG: le attività formative sono rivolte ai dipendenti del Servizio Sanitario Regionale;
- la gestione delle richieste di aggiornamento fuori sede del personale ed il monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati ad ogni direzione/struttura/piattaforma;
- la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e delle buone pratiche maturate all'interno dell'Istituto, rivolta ai dipendenti, ma soprattutto ad una platea esterna all'Istituto.

La programmazione delle attività formative è strutturata attraverso un piano triennale, declinato annualmente, in cui vengono descritti il contesto, le strategie e l'insieme delle attività previste dall'Istituto.

Per la stesura del Piano Formazione Aziendale si considerano :

- le normative nazionali e regionali;
- le disposizioni della Commissione Nazionale e Regionale ECM;
- le indicazioni della Direzione Centrale Salute;
- le indicazioni contenute nelle linee di Gestione Regionale FVG;
- le indicazioni derivanti dal PAO Aziendale;
- le indicazioni derivanti dal Comitato Scientifico della Formazione (CSF) dell'IRCCS.

Per soddisfare il fabbisogno formativo della singola struttura/area, i responsabili e i referenti della formazione delle singole articolazioni aziendali formulano delle proposte formative che confluiscono nella bozza del Piano Formazione Aziendale (PFA), che viene sottoposta a valutazione della Direzione Strategica al fine di integrarla, modificarla e discuterla con il Comitato Scientifico della Formazione.

La bozza del PFA viene presentata al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari, alle Organizzazioni Sindacali e al Consiglio di Indirizzo e verifica, come informativa. Il PFA, viene presentato per l'approvazione al Comitato Scientifico della Formazione e, in seguito, reso operativo tramite l'adozione con decreto del Direttore Generale, trasmesso poi alla Direzione Centrale Salute

della Regione FVG, in allegato al presente documento completo di parte narrativa e n. 3 allegati dove sono presenti i percorsi formativi che rispondono alle richieste di fabbisogno pervenute.

Nel piano sono chiaramente indicati:

- il rationale delle proposte formative;
- gli obiettivi delle proposte formative;
- i soggetti coinvolti (Responsabile Scientifico e docenti/tutor);
- i destinatari delle azioni formative programmate;
- i sistemi di verifica e di valutazione di qualità ed efficacia degli interventi sviluppati.

Il Piano Formazione Aziendale rappresenta la risposta condivisa e convergente alle esigenze formative dei dipendenti e delle Strutture, nel rispetto della strategia aziendale, dell'obbligo formativo dei professionisti sanitari e della normativa vigente in tema di salute e sicurezza sul lavoro.

Attraverso il piano delle attività formative l'Istituto intende realizzare sia la valorizzazione del personale, espressa con il miglioramento continuo delle competenze e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche, sia la diffusione all'interno e all'esterno dell'ospedale delle buone pratiche cliniche e assistenziali basate su prove di efficacia.

Il Piano relativo al 2023, che ha seguito il percorso sopradescritto è allegato al presente documento (allegato 6 Piano Formazione annuale 2023).

## **4. MONITORAGGIO**

### **4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO**

La realizzazione degli obiettivi strategici e di quelli derivanti dalla programmazione regionale (Linee di gestione) è soggetta a monitoraggio periodico al fine di misurare lo stato di avanzamento delle diverse progettualità e porre in essere gli eventuali interventi correttivi. Il monitoraggio del "Piano attuativo e Bilancio preventivo", da rendersi nei confronti dell'Azienda regionale di coordinamento per la Salute, ai sensi dell'art. 57 della LR 22/2019, prevede dei report trimestrali da approvare entro il 31/5, 31/7 e 31/10.

Gli esiti dei monitoraggi delle aziende del SSR vengono rappresentati da ARCS alla Direzione Centrale Salute, la quale, mediante delibera di giunta, formalizza gli interventi correttivi per l'anno in corso.

La rendicontazione finale delle progettualità e l'utilizzo delle risorse viene formalizzata nel Bilancio d'esercizio.

## **4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE**

La realizzazione degli obiettivi della performance è soggetta a monitoraggio periodico al fine di misurare lo stato di avanzamento delle diverse progettualità e porre in essere gli eventuali interventi correttivi.

Gli esiti del processo di valutazione confluiscono nella Relazione sulla performance, che fornirà anche elementi valutativi utili all'avvio del nuovo ciclo.

Il ciclo di valutazione della performance è oggetto di controllo e verifica da parte dell'Organismo indipendente di valutazione, che annualmente, come previsto dalla normativa vigente, redige una relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni.

## **4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

Il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. In particolare, con riferimento al monitoraggio delle misure previste per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza, si rimanda al paragrafo 2.3.6 "Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure" della sotto sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" ed è comunque allineato al monitoraggio della performance, costituendo un elemento per la valutazione della stessa.

## **4.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

Il monitoraggio della coerenza delle attività rendicontate con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione, così come previsto dall'art. 14 del D. Lgs n. 150/2009 e s.m.i.

# PIAO 2023

## Allegato 1

### Referenti linee di gestione 2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
B	B. Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	2. gli enti svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale, nel rispetto delle tempistiche e modalità indicate da ARCS.	evidenza attività	DS	Petretic	
C	Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	3. gli enti sanitari regionali svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale;	evidenza attività	DS	DS	
C	Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	4. gli enti sanitari regionali partecipano attivamente alle riunioni periodiche organizzate da ARCS per il coordinamento, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, assicurando la presenza alle riunioni dei Direttori Sanitari o Socio-sanitari, secondo competenza;	evidenza partecipazioni	DS	DS	
D.1	Rete neonatologica	PDTA "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)".	Aggiornamento del documento regionale "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)", di cui al decreto del Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera n. 1733/SPS del 19/12/2016	collaborazione aggiornato documento entro 30.6.2023	DS	Maso/Travan	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	>= 75%	DS	Mergoni	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale	DS	Mergoni	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriately prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementazione e messa in utilizzo (almeno in via sperimentale) di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale	DS	Mergoni	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina / teleassistenza	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), dei servizi di telemedicina per almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.	>= 5%	DS	Mergoni	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	- Registrazione attività cliniche	Gli Enti adottano modalità di registrazione informatizzata dell'attività definite dal coordinamento regionale entro il 31/12/2023.	evidenza dell'aderenza alle indicazioni	DS	Barbi / De Zen / Mergoni	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Attuazione del potenziamento delle cure palliative con raggiungimento dei target qualitativi, quantitativi e strutturali disposti per gli Enti per l'anno 2023 nel Piano di potenziamento delle cure palliative da adottare ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del d.m. Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario regionale).	Gli enti attuano quanto disposto dal Piano regionale di potenziamento delle cure palliative adottato nell'anno 2023, nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria).	evidenza attuazione nei report trimestrali	DS	Barbi / De Zen / Mergoni	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	4. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dal referto positivo del primo livello in almeno il 90% dei casi.	>= 90% entro 8 settimane	DS	Ricci/ Maso	
F.1	Indicatori LEA - CORE	B7.4 (Bersaglio)	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 28,0	DS	Russian	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.M (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG medici	<= 0,00	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.C (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<= 0,00	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
F.1	Indicatori LEA - CORE	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,15	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=25%	DS	Ricci / Maso	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.12 (Bersaglio)	Tumore all'utero Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	DS	Ricci	
F.2.1	Indicatori perinatale - area	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2021 il target 2022 è <=19%	<= 19%	DS	Ricci / Maso	
F.2.1	Indicatori perinatale - area	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 - percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS)<=7,5%	<= 7,5%	DS	Ricci / Maso	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B;	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità D;	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità P.	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A	>= 90%	DS	Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
G	Tempi di attesa	Programmi attuativi aziendali	In ottemperanza alla DGR 1815/2019 il "Programma attuativo aziendale dei tempi di attesa per l'anno 2023" dovrà essere allegato al Piano attuativo aziendale e pubblicato sui siti web aziendali. Esso deve tra l'altro contenere le azioni previste per la tutela del diritto di garanzia o avere un rimando alle procedure specifiche, che in quel caso devono essere consultabili.	documento allegato a Piano attuativo 2023	DS	DS	
G	Tempi di attesa	Relazione TDA	Le Aziende presentano entro il 31/1/2023 ad Arcs una relazione illustrativa sull'andamento dei tempi di attesa. I contenuti dovranno trattare gli argomenti previsti dall'art. 15 della LR 7/2009.	relazione inviata entro 31.01.2023	DS	DS	
H	Riordino IRCCS	Adeguamento dell'atto aziendale alle nuove disposizioni legislative, e in particolare a quanto previsto dall'art. 3, comma 1; dall'art. 5, dall'art. 6, comma 1; dall'art. 10, comma 2, primo capoverso, del d.lgs. n. 200/2022	Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD, entro il 31 marzo 2023, di una proposta di atto aziendale aggiornato nel rispetto di quanto disposto dal d.lgs.n. 200/2022	proposta trasmessa entro 31.03.2023	Dir Scientifico	Assanti	
H	Riordino IRCCS	Definizione del numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria, nell'ambito dei posti della dotazione organica del personale, ai sensi del secondo capoverso dell'art. 10, comma 2, del d.lgs. n. 200/2022	Comunicazione del numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD entro il 30 aprile 2023	comunicazione trasmessa entro 30.04.2023	Dir Scientifico	Assanti	
H	Riordino IRCCS	Comunicazione dell'afferenza a una o più aree tematiche di cui all'allegato 1 al d.lgs. n. 200/2022, sulla base della specializzazione disciplinare oggetto del riconoscimento scientifico dell'IRCCS, ai sensi dell'art. 1, comma 2 del predetto decreto legislativo	Comunicazione dell'afferenza all'area o alle aree tematiche ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCS entro il 31 marzo 2023	comunicazione trasmessa entro 31.03.2023	Dir Scientifico	Assanti	
H	Riordino IRCCS	Invio al Ministero della salute della programmazione dell'attività di ricerca e della relativa rendicontazione, del bilancio d'esercizio annuale, del bilancio sezionale della ricerca, dei rendiconti finanziari dell'attività non economica ed economica, delle eventuali modifiche alla persona giuridica, nonché delle revisioni alla dotazione organica o della titolarità dell'accreditamento sanitario, ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 200/2022	Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute, nei termini richiesti dalla normativa vigente, dei documenti richiesti dall'art. 9 del d.lgs. n. 200/2022	evidenza trasmissioni	Dir Scientifico	Assanti	
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	report entro 30.6.2023	DS	Ronfani	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023	report entro 31.12.2023	DS	Ronfani	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro Promozione alla Salute/HPH, medici competenti e RSPP aziende ed enti sanitari	>= 2 incontri	DS	Carosi	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Evento formativo per formazione medici competenti su counseling breve	1 evento formativo	DS	Carosi	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità	- Organizzazione evento formativo regionale da parte del Gruppo regionale RSPP/medici competenti coordinato da ASU GI - UCO Med. Lavoro per figure aziendali prevenzione delle aziende sanitarie sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione	evidenza partecipazione	DS	Carosi	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto, inserimento al nido, vaccinazioni, bilancio di salute pediatrica	materiali disponibili e distribuiti	DS	Carosi	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Mantenimento della sorveglianza dell'AMR - Le Aziende trasmettono i dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MdS del 25/03/2022. (Um)	evidenza mantenimento sorveglianza	DS	Scolz	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECDC-PPS); indagine di prevalenza sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico - nuovo protocollo 3) HALT, indagine di prevalenza delle ICA nelle strutture residenziali (attivabile solo su coordinamento nazionale) (Um)	partecipazione >= 3 sorveglianze	DS	Scolz	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2022 (Um)	report inviato a DCS	DS	Scolz	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Le Aziende sanitarie partecipano al monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche come da indicazioni ministeriali - Protocollo CSIA (Um)	partecipazione al monitoraggio	DS	Grassi	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione operatori percorsi nascita in accordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni"	- Supporto ai percorsi previsti per il personale sanitario aziendale sui contenuti di competenza	evidenza supporto ai percorsi	DS	Ronfani	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SISTEMA NAZIONALE DI SORVEGLIANZA 0-2 Per IRCCS Burlo Garofolo: Predisposizione di un report di monitoraggio sui dati raccolti e disseminazione dei risultati	Per IRCCS Burlo Garofolo: - Report di monitoraggio alla DCS	report trasmesso alla DCS	DS	Ronfani	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SISTEMA NAZIONALE DI SORVEGLIANZA 0-2 Per IRCCS Burlo Garofolo: Predisposizione di un report di monitoraggio sui dati raccolti e disseminazione dei risultati	Per IRCCS Burlo Garofolo: - Incontro con gli operatori coinvolti per la diffusione dei risultati e l'individuazione di eventuali aree di miglioramento	incontro realizzato	DS	Ronfani	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Invio programma formativo triennale alla DCS	collaborazione con ASUGI nel programma formativo	DS	Ronfani	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	collaborazione con ASUGI nell'evento	DS	Ronfani / Pagnutti	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nell'80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS)	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS	DS	Travan	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento	collaborazione con ASUGI nel corso	DS	Travan / Arbo / Pagnutti	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Le Aziende mantengono l'attività di registrazione dei dati alla dimissione dal Punto nascita e alla vaccinazione	evidenza registrazioni e dei dati	DS	Travan	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SOSTEGNO COMPETENZE GENITORAILI E SVILUPPO DE BAMBINO Le Aziende definiscono un percorso postnatale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino	Report alla DCS sulle iniziative aziendali intraprese	collaborazione con ASUGI nel percorso			non di pertinenza
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Somministrazione ad almeno il 50% dei nati prematuri e fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo (report alla DCS)	somministrazione >= 50% con evidenza report a DCS	DS	Devescovi	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Prestazioni odontoiatriche	- Ogni centro di erogazione deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni/anno e comunque almeno il numero di prestazioni erogate nel 2019	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Erogazione di I visite e di visite di controllo	- sul totale delle prestazioni erogate devono essere garantite: • Per ASUFC/ASFO/IRCCS Burlo Garofolo: almeno il 35% di I visite e di visite di controllo	>= 35%	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	30.4.2023 (1 report)	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.7.2023 (2 report)	DS	Cadenaro	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.10.2023 (3 report)	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.1.2024 (4 report)	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Supporto infermieristico	- Garantire il supporto infermieristico per le attività extra-lea come programmate con il coordinatore regionale del progetto di odontoiatria pubblica	evidenza supporto infermieristico garantito	DS	Cadenaro	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	Sostituire il personale posto in quiescenza (sia dirigenti medici che specialisti ambulatoriali), preferibilmente con dirigenti medici (odontoiatri) a TP	evidenza attività	DS	Cadenaro	
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Partecipazione alle riunioni organizzate dalla DCS	evidenza partecipazione	DS	Fari	L'IRCCS partecipa al tavolo DCS
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'attivazione del percorso secondo le indicazioni presenti nell'allegato tecnico della DGR 1926 del 16.12.2022	attivazione percorso	DS	Fari	
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'offerta opportunistica alle coorti 1969 - 1989 in occasione della prenotazione ed effettuazione di esami ematici già prescritti per altre motivazioni, presso gli sportelli di accettazione amministrativa e i punti prelievo e in occasione degli accessi al PS, ricoveri in regime ordinario e DH	offerta opportunistica garantita	DS	Fari	
1.2	Programmi di screening HCV	Refertazione del test di I livello (reflex)	- Garantire la refertazione del test di screening di I livello entro 12gg dal prelievo	refertazioni I livello entro 12 gg			
1.2	Programmi di screening HCV	Presenza in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di II livello	- Garantire la I visita specialistica dei pazienti risultati positivi al test di screening di I livello entro e non oltre i 30gg	I visita specialistica entro 30 gg			
1.2	Programmi di screening HCV	Presenza in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di II livello	- Garantire gli esami di II livello (ecografia, esami ematici e fibroscan) in corso della prima visita o al massimo entro 15gg dalla I visita specialistica epatologica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica			

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.3	Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023)	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 - 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Realizzare, per quanto di competenza, le azioni previste dagli obiettivi del panFLU FVG 2021 - 2023 da porre in essere per l'anno in corso secondo le indicazioni del Piano e della DCSPSD.	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Policy 1. Orientare i modelli di governance, policies, strutture, processi e cultura per ottimizzare i guadagni di salute dei pazienti, del personale, delle popolazioni assistite e supportare le società sostenibili	1. Entro il 30/4/2023 le Aziende comunicano ad ARCS i componenti dei gruppi di lavoro: - Comitato HPH Aziendale; - Gruppo Benessere sul posto di lavoro aziendale; - Gruppo Patient Engagement aziendale; - Team Multiprofessionali	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.a. Almeno il 50% dei componenti dei referenti HPH dei comitati aziendali partecipa all'evento formativo per l'utilizzo degli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020	>= 50% partecipazioni	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.b Entro il 30/9/2023 trasmissione ad ARCS degli esiti dell'autovalutazione sugli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020 presso le strutture aziendali identificate	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- >= 2 aggiornamenti della sezione aziendale intranet con documenti relativi al progetto "Aver cura di chi ci cura"	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- entro il 30/6/2023 trasmissione ad ARCS dell'elenco dei "link professional promozione della salute" attivi presso l'azienda negli ambiti organizzativi di cui al punto 3.5 del Regolamento HPH di cui al Decreto 1100/2018 (prevenzione, distretto, dipartimento ospedaliero, piattaforma assistenziale, salute mentale, dipendenze)	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazioni Team I livello	DS	Russian	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- le aziende strutturano l'offerta attiva di promozione della salute del personale in carico ai team multiprofessionali tramite il protocollo condiviso dai referenti che hanno condotto lo studio pilota HPH (trasmissione evidenza ad ARCS entro 31/10/2023)	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- Identificazione componenti tavolo regionale attività fisica e stile di vita circadiano: partecipazione alla stesura del documento di indirizzo entro il 31/12/2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	DS	Russian	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello	DS	Russian	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	DS	Carrozzi	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Riscontro delle comorbilità fisico-organiche presenti nei soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico e conseguente presa in carico integrata	Entro il 31.12.2023 stesura di un Protocollo aziendale secondo il Modello dell'Assistenza Medica Avanzata alla disabilità (D.A.M.A.).	applicazioni e del protocollo DAMA per i pazienti pediatrici - relazione inviata a DCS entro 31/12/2023	DS	Bicego / Cassone / Devescovi	
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017. Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei soggetti con DCA concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico, in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"	- Definizione del percorso aziendale da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	DS	Carrozzi	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2023: invio congiunto ad ARCS e alla DCSPSD di un report di monitoraggio: - degli indicatori, definiti nel corso del 2022 - sulle attività - sull'outcome adulti e minori riferito all'anno 2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	DS	Ronfani	
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Le Aziende sede degli Osservatori epidemiologici organizzano congiuntamente un evento formativo sul tema DCA rivolto al personale dei Dipartimenti di emergenza -urgenza, Pronto soccorso, ai MMG e PLS e altri operatori coinvolti nelle cure dei DCA, in linea con il piano biennale di attività specificato in premessa	Almeno un evento articolato su più moduli	>=1 evento (su più moduli)	DS	Carrozzi/ Pagnutti	
2.6	Salute mentale	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	DS	Carrozzi	
2.6	Salute mentale	Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani con quadro psicopatologico severo concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico	Definizione del percorso codificato da inviare al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 31/12/2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	DS	Carrozzi	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente	percorso interno di analisi definito	DA	Fontanot / Zaro	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Partecipazione agli incontri	evidenza partecipazioni	DA	Fontanot / Zaro	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023	DA	Fontanot / Zaro	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target Hub: >=65% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub	DS	Amaddeo	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub	DS	Amaddeo	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022	DS	Amaddeo	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	presa in carico garantita	DS	Debelli / Ricci	E' di competenza dell'IRCCS per quanto concerne l'ambulatorio accesso diretto ostetrico ginecologico
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	>= 50% partecipazioni	DS	Debelli / Ricci	E' di competenza dell'IRCCS per quanto concerne l'ambulatorio accesso diretto ostetrico ginecologico

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
4.2	Trapianti e donazioni	Programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica con l'obiettivo dell'Istituzione trapianto CSE congiunto e sua formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interaziendale per la definizione di un programma congiunto regionale coordinato come da ASR maggio 2021	programma congiunto definito	DS	Rabusin	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende istituiscono il Comitato percorso nascita aziendale in coerenza con quanto definito dalla DGR 629/2022	Il nominativo dei componenti il Comitato aziendale e del relativo coordinatore è trasmesso alla DCS entro febbraio 2023	Comitato costituito e trasmissione e componenti e coordinatore e a DCS entro il 28.2.2023	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei Comitati aziendali concorrono alla revisione/aggiornamento dell'Agenda della gravidanza secondo le previsioni concordate in seno al Comitato percorso nascita regionale	Trasmissione alla DCS dei report aziendali di aggiornamento	report revisione / aggiornamenti Agenda di gravidanza trasmessi alla DCS	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione per l'utenza rivolta ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 iniziativa sensibilizzazione	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	Almeno un evento di formazione, rivolto ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 evento formativo	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	Almeno due eventi formativi	>= 2 eventi formativi	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	-audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2023 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2023	1 audit e trasmissione e esiti a DCS entro il 31.12.2023	DS	Debelli / Maso / Travan	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
4.3	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	- almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	>= 1 evento formativo (anche congiunto)	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Per ARCS: Revisione/aggiornamento del documento "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) , di cui al Decreto 1733/SPS del 19/12/2016	Trasmissione del documento alla DCS entro il 30/06/2023	collaborazione aggiornamento documento entro 30.6.2023	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.3	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	> 80% partecipazioni	DS	Debelli / Maso / Travan	
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito oncoematologico	Entro il 30.06.2023 è definita e trasmessa ad ARCS e DCS la proposta di protocollo	proposta di protocollo trasmessa a DCS e ARCS entro 30.6.2023	DS	Rabusin	
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito oncoematologico	Entro il 31.12.2023 sono realizzati almeno 3 eventi formativi di presentazione e condivisione del protocollo elaborato.	>= 3 eventi entro il 31.12.2023	DS	Rabusin / Pagnutti	
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Area emergenza-urgenza Riduzione degli accessi impropri nei PS pediatrici	Entro il 31.12.2023 è definita e trasmessa in ARCS e DCS la proposta di interventi di provata efficacia, utili a ridurre gli accessi inappropriati ai PS pediatrici	proposta di interventi trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	DS	Amaddeo	
4.4	Pediatria	IRCCS Burlo Rete Cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Avviare l'attività dell'Hospice pediatrico	Entro il 31.12.2023 sono attivi presso l'Istituto n. 2 posti letto di Hospice pediatrico.	2 pl attivati	DS	Barbi / De Zen	
4.5	Sangue emocomponenti	Sicurezza	Tutte le aziende: Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata (>=90% EMOWARD)	>= 90%	DS	Urriza	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
4.5	Sangue emocomponenti ed	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT supporta la Direzione Sanitaria nella convocazione del Cobus Aziendale o interaziendale e garantisce l'invio dei verbali alla SRC per l'inserimento in SISTRA	evidenza supporto	DS	Urriza	
4.5	Sangue emocomponenti ed	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT parteciperà ad almeno due incontri del tavolo tecnico regionale con i Servizi di Farmacia per il governo clinico dell'utilizzo degli emoderivati	partecipazione >= 2 incontri	DS	Urriza	
4.5	Sangue emocomponenti ed	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	partecipazione alle attività	DS	Urriza	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio	nominativi inviati entro 31.1.2023	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Partecipazione dei RM e dei RAP alle attività programmate	evidenza partecipazione	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	evidenza azioni avviate	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	evidenza partecipazione alla survey Agenas	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	indicatori inviati nei tempi indicati	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call	>= 1 buona pratica inserita	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali	dati pubblicati entro 31.3.2023	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore	sorveglianza attuata	DS	Grassi	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della prevenzione.	evidenza attività realizzate	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti	studio effettuato	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze	report diffusi	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla sorveglianza richieste a livello nazionale	evidenza attività realizzate	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale questionario CSIA per la valutazione del consumo di soluzione idroalcolica	2 invii semestrali questionari o CSIA	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla profilassi peri-operatori nell'adulto	2 invii semestrali indicatori compliance profilassi	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Partecipazione alle attività previste dal programma regionale sull'utilizzo degli inibitori di pompa protonica (PPI) secondo le indicazioni regionali	evidenza partecipazione	DS	Grassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Diffusione dei dati sulla reportistica PPI	evidenza diffusione dati	DS	Arbo	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Avvio di specifiche azioni sulla gestione della politerapia in particolare per specifiche classi di rischio	evidenza azioni avviate	DS	Arbo	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	evidenza attività realizzate	DS	Bicego	
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	partecipazione >= 5 giornate	DS	Danielli	
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, individuati dai referenti aziendali dell'accREDITamento componenti dell'OTA, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento.	messa a disposizione e garantita	DS	Danielli	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	messa a disposizione e garantita	DS	Danielli	
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	messa a disposizione e garantita	DS	Danielli	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,15 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione - monitoraggi AIFA periodici.	8,15% farmaceutica a diretta	DS	Arbo	
6.2	Contenimento spesa farmaceutica appropriata e prescrivibile	PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o: - 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati.  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.2	Contenimento farmaceutica appropriatezza prescrittiva	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <p>- 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT);</p> <p>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.).</p> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <p>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</p> <p>- Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  <i>Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%)</i>  <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i></p>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.4	Contenimento farmaceutica Biosimilari spesa -	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	DS	Arbo	
6.4	Contenimento farmaceutica Biosimilari spesa -	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo	
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no</i>	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no</i>	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	DS	Arbo	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2023 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2024 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	DS	Arbo	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati. Documento da inviare entro il 31.12.2023.  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%)</i> <i>Interventi positivi in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)</i>	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	DS	Arbo	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti, nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. Per la dispensazione del medicinale viene inoltre utilizzato il "flag innovatività" nei casi previsti, ai fini di consentire la puntuale rilevazione del dato per la relativa linea sovraziendale.	Inserimento dati a registro con particolare riferimento ai medicinali innovativi (oncologici e non) e nello specifico: - pazienti extra regione, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività; - pazienti FVG e del flag "innovatività" in fase di dispensazione, laddove previsto, per consentire il confronto tra dati della piattaforma AIFA e dati FVG, ai fini del calcolo della rispettiva linea sovraziendale.  La DCS invierà con periodicità trimestrale i dati della piattaforma AIFA sulle dispensazioni innovative per le successive verifiche, ai fini del calcolo della spesa sostenuta. Il dato AIFA, verificato e implementato dalle Aziende con l'effettiva spesa, costituirà la fonte ufficiale per la copertura della sovraziendale.  Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, in relazione all'inserimento pz extraregione, inserimento pz FVG e flag innovatività e riscontro richieste di verifica sui dati AIFA.  <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali sì/no: (peso 30%)</i> <i>Riscontri alle verifiche della DCS sui dati AIFA vs dati FVG nei termini: sì/no (peso 70%).</i>	- evidenza dei monitoraggi / percorsi  - riscontri richieste DCS	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale. La DCS valuterà l'implementazione dei verticali regionali per la completezza dei dati derivanti dall'applicativo Log80.	Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.  Indicatore: Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%  <i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</i> - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	> 90%	DS	Arbo	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.	- % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 95%.  <i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</i> - % ≥ 95%: obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 85%: obiettivo non raggiunto	>= 95%	DS	Arbo	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.	- riduzione della % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo, rispetto all'anno precedente, al netto di registri AIFA o pz extra-regione.  La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo anche verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.  <i>Modalità di valutazione:</i> % cartaceo 2023 < % cartaceo 2022 = raggiunto % cartaceo 2023 >= % cartaceo 2022 = non raggiunto	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Mantenimento per tutte le Aziende del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>	<p>Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche &gt; 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.</p> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2024.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 70% raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 65% non raggiunto</li> </ul>	> 70%	DS	Arbo	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>Azioni di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento in almeno 5 categorie di medicinali/ principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo &gt;= 50%</p>	<p>Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2022 &gt;= 50%</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % PT informatizzati ≥ 50% in tutte le 5 categorie: raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati ≥ 50% in 3 o 4 categorie: parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati ≥ 50% in meno di 3 categorie: non raggiunto</li> </ul>	Aumento >= 50% in 5 categorie	DS	Arbo	
6.8	Farmacovigilanza	<p>Gli Enti avviano specifiche attività di farmacovigilanza (FV) che includano sia misure di farmacovigilanza attiva, coordinate dai RLFV, sia iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari alla FV.</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA.</p> <p>Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.</p>	evidenza azioni avviate	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.8	Farmacovigilanza	1. Misure di FV attiva: i RLFV effettuano un monitoraggio della segnalazione in Rete nazionale di FV (RNF) delle sospette reazioni avverse (ADR) ai medicinali soggetti a registro di monitoraggio AIFA. Dall'analisi dei dati relativi agli anni 2021 e 2022 si evidenzia infatti un fenomeno di sottosegnalazione rispetto all'atteso, in quanto solo per il 33% (4/12 nel 2021 e 2/6 nel 2022) delle schede AIFA chiuse con motivazione "tossicità da medicinale" si riscontra una segnalazione in RNF.	1. Segnalazione in RNF per tutti i medicinali soggetti a registro AIFA per i quali la chiusura del trattamento riporti la motivazione "tossicità da medicinale" Indicatore di risultato: 100% di "tossicità da medicinale" segnalate in RNF in rapporto alle "tossicità da medicinale" riportate nella scheda di chiusura trattamento dei registri AIFA  <i>Modalità di valutazione:</i> % segnalazione = 100%: obiettivo raggiunto % segnalazione > 85% < 99%: obiettivo parzialmente raggiunto % segnalazione < 85%: obiettivo non raggiunto  Ai fini della valutazione il CRFV predispone e invia agli Enti del SSR con cadenza trimestrale un report grafico con evidenza dei trattamenti chiusi per "tossicità da medicinale". I RLFV daranno evidenza dell'avvenuta segnalazione in RNF della "tossicità a medicinale" riportando in tabella il corrispondente ID AIFA della segnalazione associata all'evento. Qualora la voce "tossicità a medicinale" non figuri nell'estrazione dati, verrà richiesta ai RLFV una verifica sulle chiusure per "tossicità", al fine di stabilire se opportuna la segnalazione in RNF.	100% segnalazioni in RNF	DS	Arbo	
6.8	Farmacovigilanza	2. Sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il tramite dei RLFV, sui percorsi di segnalazione in considerazione del passaggio alla nuova rete nazionale di farmacovigilanza (attiva dal 20.06.2022) e promozione della cultura della farmacovigilanza.	2. Promozione e avvio nel 2023 di almeno un evento di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV).  Indicatore di risultato: Numero di iniziative promosse da ciascuna azienda/IRCCS in tema di farmacovigilanza su tematiche quali I nuovi percorsi di segnalazione e l'importanza della farmacovigilanza nel postmarketing.  <i>Modalità di valutazione:</i> Invio al CRFV entro il 31.10.2023 di comunicazione riportante il dettaglio degli eventi organizzati ed avviati con relativo aggiornamento dei portali web aziendali dedicati alla FV. Comunicazione inviata nei termini e congrua nei contenuti (avvio di almeno un evento e aggiornamento del portale web): sì/no	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	DS	Arbo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
6.9	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano i dati di spesa e di consumo ed eventuali indicatori definiti in ambito aziendale: 1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione ad ARCS e DCS di una relazione entro il 28/02/2024  <i>Modalità di valutazione:</i> 1. Relazione inviata nei termini: sì/no (peso 20%) 2. Evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023 e dei suoi esiti come da relazione, relativamente a: 2.a i dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 (peso 40%); 2.b i dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM) (peso 40%).	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	DS	Arbo	
6.11	Vigilanza sui dispositivi medici	Gli Enti del SSR assicurano le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali. Supportano inoltre i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza	Gli Enti del SSR danno riscontro alle richieste formulate dalla DCS, nei termini e nelle modalità indicate  <i>Valutazione: garantito il riscontro entro i termini e modalità indicate per tutte le richieste:</i> a. entro i termini e con rispetto delle modalità indicate: obiettivo raggiunto; b. entro sette giorni dopo la scadenza, o con modalità diverse da quelle indicate: obiettivo parzialmente raggiunto; c. con ritardo superiore a sette giorni: obiettivo non raggiunto.	riscontro garantito entro i termini	DS	Arbo	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS, in collaborazione con gli Enti del SSR, monitora periodicamente l'applicazione della procedura di "gestione del magazzino" e ne rileva le ricadute anche in termini di riduzione dei volumi e dei costi dei prodotti inutilizzati e/o scaduti	ARCS predisporre, in collaborazione con gli Enti del SSR un report di monitoraggio dei volumi e dei costi dei farmaci inutilizzati e/o scaduti nel 2023 rispetto all'anno precedente e lo trasmette alla DCS entro il 28/2/2024  <i>Modalità di valutazione:</i> documento inviato nei termini sì/no	collaborazione alla predisposizione del report	DA / DS	Arbo / Carlevaris	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici  (punto 1)	<p>1. Il tavolo di lavoro definisce entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione un cronoprogramma delle attività già concordate con la DCS nel 2022:</p> <p>a. lo sviluppo di indicatori di monitoraggio per una possibile successiva definizione di obiettivi per le Aziende finalizzati a conseguire ricadute economiche/ di appropriatezza positive per il SSR;</p> <p>b. verifica quantitativa ed economica dei DM annualmente scaduti, e identificazione di potenziali criticità correlate, da elaborare anche in collaborazione con gli altri enti;</p> <p>c. definizione di una proposta di correlazione tra i consumi di specifiche categorie / prodotti e volumi di attività con raffronto tra Enti, identificazione di eventuali disallineamenti dei dati di consumo aziendali rispetto ad un valore medio regionale/aziendale e delle criticità correlate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>	collaborazione alle attività definite con ARCS	DA / DS	Arbo / Carlevaris	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (d.m Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	Per l'attuazione dell'obiettivo ARCS entro trenta giorni dall'approvazione delle presenti Linee per la gestione del SSR organizza, convoca e coordina un tavolo di lavoro con la partecipazione degli Enti del SSR; ARCS informa preventivamente la DCS sui lavori del tavolo (modalità, tempistiche, argomenti affrontati, ...), a cui la DCS partecipa sugli argomenti di proprio interesse e dove ritenga di fornire specifici indirizzi.	partecipazione ai tavoli	DA / DS	Arbo / Carlevaris	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale.  (punto 2)	2. Il tavolo di lavoro produce, entro il 30/09/2023, un documento operativo.  <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	DA / DS	Arbo / Carlevaris	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale.  (punto 3)	3. ARCS, ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO e CRO danno completa applicazione al documento operativo entro il 31/12/2023.  <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	DA / DS	Arbo / Carlevaris	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Aggiornamento del "Protocollo operativo per la gestione della Logistica centralizzata" (di cui ai decreti del DG EGAS n. 135/2016 e n. 129/2018) in funzione del nuovo modello organizzativo della logistica centralizzata, degli strumenti operativi previsti dall'appalto in fase di avvio, del nuovo sistema informativo amministrativo - contabile, mediante la costituzione di specifico gruppo di referenti aziendali	Predisposizione del documento e sua adozione con atti formali da parte dei singoli Enti del S.S.R. entro il 31/12/2023.	documento predisposto e adottato entro il 31.12.2023	DA	Carlevaris	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	Analisi della consistenza della documentazione cartacea conservata presso i locali del gestore del servizio esternalizzato tramite verifica della corretta applicazione dei principi previsti dai massimari di scarto aziendali e dalla normativa specifica di settore entro il 31/05/2023.	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	DA	Carlevaris	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
7.2	Acquisizione di beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	Verifica della fattibilità e dell'impatto del processo di digitalizzazione dei documenti cartacei, per la realizzazione di una progressiva dematerializzazione; individuazione del modello organizzativo e gestionale dei flussi documentali e definizione delle specifiche tecniche del nuovo capitolato di gara per l'attivazione della nuova procedura, entro il 31/12/2023.	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	DA	Carlevaris	
7.2	Acquisizione di beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficientamento della spesa degli Enti del SSR	- Gli Enti del SSR, entro il 30 novembre di ogni anno, aderiscono alla pianificazione di ARCS sulla base dei propri fabbisogni e possono avanzare proposte per eventuali integrazioni e/o modifiche;	adesione entro 30.11.2023	DA	Carlevaris	
7.4	Attività coordinamento	Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Costituzione di un tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	DA	Vardabasso	
7.4	Attività coordinamento	Coordinamento delle attività dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	DA	Carlevaris / Vardabasso	
7.4	Attività coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- ARCS definisce, sentiti gli Enti del SSR, i programmi operativi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023;	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	DA / DS	struttura di competenza dell'attività in oggetto	
7.4	Attività coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- Gli enti del SSR collaborano ai programmi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo da parte di ARCS nelle materie di cui all'art. 4, comma 4, lett. c) della l.r. n. 27/2018	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	DA / DS	struttura di competenza dell'attività in oggetto	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
7.4	Attività coordinamento	di Applicazione strutturata dell'art. 4, comma 4, lett. f), della l.r 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge le funzioni di monitoraggio e vigilanza sugli Enti del SSR nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della DCS	- ARCS definisce, sentiti gli enti del SSR, i programmi operativi di monitoraggio e vigilanza da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	DA / DS	struttura di competenza dell'attività in oggetto	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	DA	Carlevaris	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Costituzione gruppi di lavoro disciplinari per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina entro il 28/02/2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	DA	Carlevaris	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Approvazione documento sui percorsi di telemedicina entro il 30/06/2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	DA	Carlevaris	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Avviamento di almeno 4 processi di telemedicina entro il 30/09/2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	DA	Carlevaris	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero - Cartella Clinica Integrata".	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	DA / DS	DA / DS	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero - Cartella Clinica Integrata".	Individuazione del dipartimento pilota all'interno di ogni Ospedale DEA entro il 31/05/2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	DA / DS	DA / DS	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero - Cartella Clinica Integrata".	Avviamento del dipartimento pilota per ogni ospedale DEA entro il 31/10/2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	DA / DS	DA / DS	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.3.1 - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazioni	DA / DS	DA / DS	
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA	Assicurare l'attuazione del piano di migrazione dei collegamenti dati per le sedi previste dal PIANO SANITÀ CONNESSA	attuazione assicurata	DA / DS	DA / DS	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Approvazione del cronoprogramma per l'avvio di almeno 3 enti nel corso del 2023 entro il 28/02/2023.	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	DA	Rachelli	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Assicurare l'avviamento degli enti secondo il cronoprogramma.	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	DA	Rachelli	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	evidenza partecipazioni	DA	Rachelli	
8.4	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	>= 75% partecipazioni	DA	DPO / Doria	
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Individuazione dei referenti aziendali per la sicurezza informatica	referenti individuati e comunicati alla DCS	DA	Carlevaris / Accardo	
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Partecipazione agli incontri del gruppo regionale per la sicurezza informatica	evidenza partecipazioni	DA	Carlevaris / Accardo	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
8.6.2	Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Entro dicembre 2023 il prototipo viene attivato almeno presso un sito pilota	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	DA	Carlevaris / Accardo	
8.6.3	Piattaforma di refertazione radiologica ai sensi del D. Lgs. 101/2020	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	A valle dell'aggiudicazione da parte di INSIEL della gara per l'acquisizione della piattaforma SW per la gestione digitalizzata del dato dosimetrico e delle attività della Fisica Sanitaria, ARCS, d'intesa con la DCS, coordina le attività di predisposizione, installazione e avviamento presso l'Azienda sanitaria pilota e poi a seguire presso le altre Aziende, nel rispetto del cronoprogramma definito in sede di gara. Entro un mese dalla sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario, viene predisposto da ARCS, con il supporto delle risorse tecniche delle Aziende sanitarie, e con l'aggiudicatario l'aggiornamento del cronoprogramma di dettaglio per l'avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi a seguire presso le altre strutture regionali.  Le Aziende garantiscono il supporto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• per la definizione del cronoprogramma delle attività di avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi presso le altre Aziende;</li> <li>• per l'implementazione, la configurazione e la messa in servizio della piattaforma all'interno delle proprie strutture;</li> <li>• al DEC del contratto delle competenze specialistiche necessarie per attestare la regolare esecuzione dei servizi oggetto di fornitura</li> </ul>	supporto alle attività coordinate da ARCS	DA	Carlevaris	
9	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	utilizzo corretta codifica	DS	Fari	
10.5.2	Programmazione 2024	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti	PPI adottato entro 15.9.2023	DA	Carlevaris / Pavan	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
11.4.8	Sistema gestionale del personale	INDICATORE: - Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali aziendali dedicati al personale del SSR nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, INSIEL e GPI.	I dati implementati dovranno essere visibili all'interno del cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	DA	Mandelli	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Percorsi formativi di valenza regionale previsti dal Piano della Formazione Regionale (PFR)	I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale.	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	DA	Pagnutti	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Stesura del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	Trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	DA	Pagnutti	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	eventuale aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	DA	Pagnutti	
11.4.8	Programmazione della formazione	LA RELAZIONE ANNUALE REGIONALE Redazione della relazione annuale regionale	redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2022 entro il 31 maggio 2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	DA	Pagnutti	
11.4.8	Programmazione della formazione	CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE PNRR, Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività	DA	Pagnutti	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023	Direttore di Area	Proposta referente	note
11.4.8	Programmazione della formazione	INCREMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI DEI PROFESSIONISTI DEL SISTEMA SANITARIO. PIANO OPERATIVO SULLA FORMAZIONE FSE  PNRR Missione 6 Salute Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività	DA	Pagnutti	
11.4.8	Programmazione della formazione	Formazione middle management e definizione dei profili di competenze (area infermieristica e ostetrica)	- partecipazione dei referenti aziendali individuati ad almeno il 90% delle riunioni del tavolo	evidenza partecipazione	DA	Pagnutti	

# PIAO 2023

## Allegato 2

### **Obiettivi per il raggiungimento delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere**

## 1. EQUILIBRIO TRA LA VITA E LAVORO E LA CULTURA ORGANIZZATIVA

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Dipendenti	Monitoraggio del lavoro agile come strumento ordinario	1)Studio quali/quantitativo sull'utilizzo e gradimento dello LA	SPPA/CUG	Personale afferente all' SPPA, CUG e Direzione sanitaria	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Formalizzare uno studio qualitativo sulla base dello studio quantitativo del 2022 -Report conclusivo	Favorire il bilanciamento vita-Lavoro. Sostegno alla genitorialità e alle cure parentali
Dipendenti	Regolamentazione equilibrio vita privata/lavoro	2) Revisione del regolamento	SSD politiche del personale Direzione Strategica	Personale afferente alla SSD politiche del personale e alla Direzione Strategica	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Stesura manuale - Diffusione del regolamento con il servizio informativo - Consegna del regolamento ai nuovi assunti	Favorire il bilanciamento vita-Lavoro. Sostegno alla genitorialità e alle cure parentali
Gruppo di lavoro GEP	Favorire la continuità del lavoro di implementazione e monitoraggio del GEP	Costituzione gruppo di lavoro stabile	URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali *eventuali esperti in materia	Personale afferente alle strutture citate - nomina da parte del Direttore Generale	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Decreto/Determina	Favorire la continuità del lavoro di implementazione e monitoraggio del GEP

## 2. EQUILIBRIO DI GENERE NELLE POSIZIONI DI VERTICE E NEGLI ORGANI DECISIONALI

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Incarichi apicali delle Direzioni e dei dipartimenti	Riequilibrio di genere, ove possibile, nel conferimento al personale di deleghe del Direttore e dei/elle Direttori/trici di Dipartimento (fotografia della situazione attuale) Proporzione maschi/femmine nelle nuove nomine	Favorire, ove possibile, l'alternanza di genere nel conferimento di responsabilità, Prevedendo indicazione specifica nella comunicazione di individuazione a favore dell'alternanza uomo-donna.	Direzione Generale Direzione Scientifica Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Dipartimento Amministrativo Dipartimento Pediatrico Dipartimento Chirurgico Dipartimento Materno neonatale Dipartimento Diagnostica Avanzata	Direttori	/	Monitoraggio degli incarichi conferiti in attuazione del nuovo atto aziendale	Contribuire a creare un ambiente di lavoro volto a favorire l'uguaglianza di genere nel rispetto delle competenze e delle professionalità individuali

### 3. L'EGUAGLIANZA DI GENERE NEL RECLUTAMENTO E NELLE PROGRESSIONI DI CARRIERA

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Nuovi assunti donne e giovani	Equilibrio nelle percentuali di assunzioni di donne e giovani sui fondi della ricerca	Garantire un incremento sia dei lavoratori giovani sia femminili	Direzione Scientifica / SSD Personale	Personale della Direzione Scientifica e della SSD Personale	Ore/lavoro personale afferente strutture	Numero di giovani/donne assunti su fondi della ricerca	Potenziamento dell'inserimento lavorativo di giovani e donne

### 4. L'INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Pazienti	Promozione della medicina di genere come strumento di appropriatezza clinica, principio di equità delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo	Promuovere e diffondere la consapevolezza sulle differenze nella salute e medicina di genere, attraverso convegni e progetti di ricerca, al fine di sviluppare competenze e relativi approcci medico-scientifici in un'ottica di genere e secondo una visione globale del concetto di salute attraverso uno specifico progetto di ricerca.	URC (Maestro)/Direzione Scientifica			- Presentazione di proposta progettuale in ambito della medicina di genere - Rapporto tra proposte progettuali su medicina di genere/totale proposte progettuali presentate - Rapporto tra convegni/seminari su medicina di genere/numero totale di convegni e seminari realizzati	Report della ricerca
Donne e giovani dipendenti e nuovi assunti	Parità di genere nella composizione del gruppo di ricerca per la presentazione di RC 2023	Nel Bando RC 2023 previsione del rispetto del principio "gender equality"	Direzione Scientifica			- % di progetti che rispettano il principio della parità di genere - Rapporto M/F complessivo per gruppo di lavoro e in totale	Report della ricerca
Ricercatrici e giovani ricercatori	Equilibrio di genere nella ricerca clinica	Equilibrio di genere dell'arruolamento nella ricerca clinica	URC Direzione scientifica			Inserimento di una specifica clausola/frase nei protocolli di ricerca che preveda l'equilibrio di genere nell'arruolamento nella ricerca clinica tranne esplicite esclusioni clinicamente motivate	

## 5. MISURE DI CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE, COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Utenza e personale	Azioni di prevenzione e contrasto	- Campagna di sensibilizzazione rivolta a utenti e personale contro la violenza sulle donne. <a href="https://www.burlo.trieste.it/content/burlo-violenza-sulle-donne">https://www.burlo.trieste.it/content/burlo-violenza-sulle-donne</a> - Adesione open week di ONDA contro la violenza sulle donne - Attività di comunicazione e sensibilizzazione	CUG/URP			- Numero di iniziative realizzate - Numero di posti occupati con le rose - Stima del numero di persone raggiunte - Numero di visualizzazioni sito internet - Analitiche sociali	Sensibilizzazione della comunità sul fenomeno della violenza di genere e sugli strumenti per prevenirla e contrastarla
Donne e minori		Corsi di aggiornamento su violenza contro donne e minori				-Numero di corsi effettuati -Numero di partecipanti -Numero di nuovi assunti che hanno partecipato/numero di nuovi assunti totale nell'anno	Promozione di momenti di riflessione interdisciplinare dal taglio scientifico e pratico, sul tema delle misure di contrasto alla violenza di genere
Personale		Consegna codice di comportamento e sintesi GEP per ogni nuova assunzione (link nel percorso dei neoassunti)				Numero di consegne effettuate/anno	Dissemination

## 6. FORMAZIONE VOLTA ALLA PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE SEX/GENDER NEI PROGETTI FONTANOT

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
	Formazione	Promuovere e formare all'integrazione della dimensione del gender	Direzione Scientifica in collaborazione con l'Ufficio Formazione			- Incontro realizzato e Materiale divulgativo realizzato - Numero dei partecipanti ai corsi proposti- Partner con GEP/totale partner	
	Formazione	Corsi di aggiornamento					

# PIAO 2023

## Allegato 3

### Registro dei rischi 2023



Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
1	Acquisto di beni economici e sanitari	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titipolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	5	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% - collegato all'effettiva attività di ARCS	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
2	Acquisto di servizi economici (non sanitari)	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titipolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	5	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature sottosoglia	mancata partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese come previsto da art 36 Codice dei Contratti pubblici per l'acquisto diretto sotto € 40 mila senza il rispetto dei principi di cui agli articoli 30, comma 1, 34 e 42, nonché del rispetto del principio di rotazione degli inviti e degli affidamenti. Modalità di pagamento non conformi alla normativa vigente	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				5	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				4	MEDIO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi economici non sanitari - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/08/2023 Verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
	Acquisto di servizi	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	1	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione polizze	rischio eventualmente a carico della Centrale d'Acquisto	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura documentata con report	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				4	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	controllo qualitativo contratti d'appalto	mancato controllo possibili ingerenze esterne	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
3	Acquisto di servizi esternalizzati	Approvvigionamenti/Tipologie I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	5	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS, già EGAS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				4	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi esternalizzati - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne Mancato controllo possibili ingerenze esterne	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/08/2023 Verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
4	Gestione del magazzino	Responsabile Magazzino	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti	3	BASSO	BASSO		ricevimento, stoccaggio e distribuzione beni	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	verifica della corretta gestione	almeno n. 2 controlli di corrispondenza tra quanto richiesto e quanto ricevuto, stoccato e distribuito	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
5	Gestione ALPI	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici della Direzione Sanitaria	3	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione amministrativa dell'attività libero professionale intramuraria - dalla programmazione alla rendicontazione - al fine di erogare la prestazione in libera professione	accordi per vantaggi personali	verifica della sostenibilità della procedura in essere	almeno n. 1 audit di applicazione della procedura aggiornata	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
6	Amministrazione del personale	Dirigente S.S.D. Politiche del personale	S.S.D. Politiche del personale S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	gestione delle presenze e delle assenze dei lavoratori	inserimento artificioso o manomissione di dati per vantaggi personali	controllo degli inserimenti effettuati	almeno n. 2 controlli sugli inserimenti effettuati dalla Struttura nell'arco del bimestre precedente alla verifica	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				4	BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione borse di studio	discrezionalità dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa di studio da attribuire	verifica dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa	n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				4	BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione incarichi di lavoro autonomo	criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	verifica dei criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				3	BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	regolamenti prove selettive interne	mancanza di presupposti programmatori e/ o motivata verifica delle effettive carenze organizzative	controllo dei presupposti programmatori e/ o delle effettive carenze organizzative	n. 1 report rappresentativo della sussistenza dei presupposti	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione		
				5	MEDIO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	acquisizione del personale (a qualunque titolo)	conflitto di interessi tra i membri della Commissione esaminatrice e i candidati	verifica delle dichiarazioni	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme	Verifica intermedia: al 31/08/2023 Verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023		
				3	BASSO	BASSO	DIREZIONE SCIENTIFICA	garanzia di certezza, trasparenza e tracciabilità documentale	accordi per vantaggi personali. Conflitto di interessi nell'attivazione di borse di studio	verifica delle dichiarazioni	acquisizione 100% attestazioni di assenza conflitto di interessi	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023		
7	Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	2	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	incasso di corrispettivi/ticket prestazioni sanitarie istituzionali	ammanchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023		
			S.C. Gestione Economico - Finanziaria				S.S.D. Programmazione e controllo	S.C. Affari generali e legali	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali istituzionali	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità liste attese per vantaggi personali		controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre
8	Prestazioni ambulatoriali a pagamento	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	2	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	incasso di prestazioni sanitarie ambulatoriali di libera professione	ammanchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023		
			S.C. Gestione Economico - Finanziaria				S.S.D. Programmazione e controllo	S.C. Affari generali e legali	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	Prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali di libera professione	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità per vantaggi personali		controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre
			S.C. Affari generali e legali				S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	attività aziendale a pagamento	accordi per vantaggi personali	verifica dell'osservanza della procedura	Fase stralciata dal 2023 in quanto attività associata ad un rischio basso ed in parte riconducibile al processo 5			
9	Gestione ricoveri istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	3	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	verifica trimestrale a campione sulle liste di attesa trimestrale e formazione continua degli operatori - report di sintesi	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023		

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
10	Gestione ricoveri a pagamento o ALPI	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie)	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Affari generali e legali	3	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	verifica su ogni richiesta di intervento alpi/pagante - report di sintesi	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
11	Gestione prestazioni/servizi sanitari (ciclo passivo)	Medico di Direzione Sanitaria	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	BASSO	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	gestione del ciclo passivo	pagamento di fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale dell'avvenuto rispetto della cronologia	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				5	MEDIO	MEDIO	DIREZIONE SANITARIA	prestazioni non eseguibili presso l'IRCCS	scelta discrezionale dei laboratori e delle strutture a cui richiedere prestazioni/consulte non eseguibili all'interno dell'Istituto per vantaggi personali	regolamentazione mediante adozione di idonea procedura per l'acquisizione di prestazioni non eseguibili all'interno	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale, con tracciabilità delle richieste (reparto richiedente, tipologia di prestazione e destinatario della richiesta) avvenute su apposita modulistica istituzionale.	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				3			DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	stralciato	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
12	Gestione progetti di ricerca	Il Dirigente amministrativo	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica	3	BASSO	BASSO	DIREZIONE SCIENTIFICA	definizione dei percorsi della ricerca scientifica: dalla presentazione del progetto alla conclusione e diffusione dei risultati	utilizzo del finanziamento per la ricerca al fine di procurare benefici a determinati soggetti a fronte di vantaggi personali	controllo delle modalità di utilizzo del finanziamento del 5 per mille per la ricerca	mantenere il monitoraggio a cura del process owner mediante una relazione illustrativa annuale delle modalità di progettazione della ricerca, valutazione e finanziamento dei progetti, svolgimento della ricerca, esito e diffusione di risultati valutazione della qualità della ricerca	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
13	Gestione finanziamenti regionali (ciclo attivo)	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta rilevazione in contabilità dei finanziamenti regionali: il processo si articola dal ricevimento delle linee guida regionali per la predisposizione del PAO alla contabilizzazione dei finanziamenti (determinazione credito)	non corretta rilevazione dei finanziamenti	controllo della rilevazione in contabilità dei finanziamenti regionali	Processo stralciato dal 2023 in quanto attività associata ad un rischio irrilevante	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
14	Altri contributi/proventi	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.C. Affari generali e legali	3	BASSO	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta rilevazione in contabilità dei ricavi/ contributi afferenti l'attività svolta dall'IRCCS: dalla ricezione della richiesta di fatturazione rilevazione incasso o comunicazione erogazione contributo ai controlli contabili	non corretta rilevazione in contabilità per vantaggi personali	controllo della rilevazione in contabilità dei ricavi /contributi dell'attività svolta dall'IRCCS	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				3	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	atti di liberalità	accordi per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
15	Gestione cassa economale	Referente cassa economale	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	BASSO	BASSO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	gestione delle spese minute e urgenti necessarie al regolare funzionamento delle strutture e per le quali, comunque, occorra effettuare il pagamento immediato	utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
16	Gestione tesoreria	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta gestione dei flussi amministrativi e contabili riconducibili al processo di tesoreria	non corretta gestione dei flussi	controllo della fase/attività	Processo stralciato dal 2023 in quanto attività associata ad un rischio irrilevante	
17	Formazione del bilancio	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	3	IRRILEVANTE	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Corretta predisposizione del bilancio consuntivo: il processo si articola dalla predisposizione del PAO all'adozione del bilancio consuntivo	non corretta predisposizione del bilancio consuntivo per vantaggi personali	Controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
18	Rimborsi diversi (contributi)	Titolare I.O. Gestione convenzioni	S.C. Affari generali e legali S.C. Gestione Economico - Finanziaria	3	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	ampliare le collaborazioni multidisciplinari funzionali all'attività istituzionale: adesione a reti, a network, a consorzi di area sanitaria (Fiaso, Feder Sanità, Incinit, Netval)	discrezionalità nell'adesione	controllo della corrispondenza tra adesioni realizzate e richieste ricevute dalla Direzione	Processo stralciato da 2023 in quanto attività esecutiva di scelte direzionali	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
19	Sperimentazioni cliniche (farmaci, dispositivi, studi osservazionali)	DIREZIONE SCIENTIFICA	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica Ufficio ricerca clinica SC R epidemiologia	3	BASSO	BASSO	Ufficio Ricerca Clinica - SC R Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	gestione processo sperimentazione clinica	accordi per vantaggi personali	regolamentazione dell'attività mediante predisposizione di procedure di valutazione dei protocolli di ricerca profit e non profit	n° di sperimentazioni cliniche con farmaci profit in cui la distribuzione dei proventi è stata realizzata secondo regolamento/ n° di sperimentazioni cliniche con farmaci profit approvate in Istituto verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
20	Gestione del contenzioso	Titolare I.O. Assicurazioni e contenzioso	S.C. Affari generali e legali S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	3	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione contenzioso	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				2	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione affidamento incarichi per il patrocinio legale dell'Istituto	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				3	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	recupero crediti	mancata attivazione del processo di recupero o artificioso rallentamento delle fasi del processo	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				2	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	consulenza giuridica	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
21	Formazione di personale dipendente/esterni	Titolare I.O. Responsabile Ufficio Formazione	S.S.D. Politiche del personale Ufficio formazione S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.C. Affari generali e legali	3	BASSO	BASSO	UFFICIO FORMAZIONE	partecipazione dei dipendenti a iniziative formative sostenute da sponsor	accordi per vantaggi personali	misure di formazione e controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner tramite documento report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				2	BASSO	BASSO	UFFICIO FORMAZIONE	attribuzione degli incarichi di docenza	accordi per vantaggi personali	misure di formazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
					BASSO	BASSO	UFFICIO FORMAZIONE	rendicontazione economico - finanziaria dell'attività dei docenti	accordi per vantaggi personali	controllo dell'attività e della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				2	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	stipula di convenzioni per lo svolgimento di attività di tirocinio	accordi per vantaggi personali	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
				6	ALTO	ALTO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	affidamento di lavori sotto soglia	discrezionalità nell'affidamento di incarichi o servizi	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	attuazione del regolamento approvato tramite report illustrativo compilazione della check list Appalti (allegato 8 PNA 2022) e trasmissione a RPCT (1 checklist a semestre)	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023

Codi ce proc esso	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
22	Realizzazione investimenti edili e impiantistici e gestione/manutenzione del patrimonio immobiliare	Dirigente Gestione tecnica	S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	5	MEDIO	ALTO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	svolgimento di attività manutentive effettuate da soggetti terzi	omissione dei controlli per vantaggi personali	controllo della fase/attività	adottare check list di verifica contratti in modo da uniformare i comportamenti dei verificatori dei contratti di competenza e mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
			S.C. Gestione Economico - Finanziaria	5	MEDIO	ALTO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	varianti in corso d'opera per lavori pubblici proposte dal direttore dei lavori esterno all'amministrazione	effettuazione di perizie di variante e suppletive non strettamente necessarie, per vantaggi personali	controllo della fase/attività	redazione di una relazione del RUP di valutazione della proposta del direttore lavori	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
					MEDIO	ALTO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	concessione multiservizi a unico soggetto esterno	scelte gestionali del concessionario finalizzate ad interesse privato	controllo delle attività da parte di un ufficio di direzione dell'esecuzione del contratto strutturato con una pluralità di competenze professionali specifiche per i singoli servizi di oggetto di concessione	PROCEDURA aggiornata con inserimento concessione di servizi	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
23	Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie	Dirigente Ingegneria clinica	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti	5	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione tecnologie	frazionamento degli affidamenti in assenza di programmazione	controllo della fase/attività	compilazione dellachek list Appalti (allegato 8 PNA 2022) e trasmissione a RPCT (1 checklist a semestre)	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
			S.C. Gestione Economico - Finanziaria	4	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie - gestione manutenzione apparecchiature	frazionamento degli affidamenti in assenza di programmazione - utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali	verifica dell'adeguatezza delle disposizioni contenute nell'istruzione operativa	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
24	Gestione imposte tasse	Titolare P.O. Contabilità generale ed adempimenti fiscali e tributari	S.C. Gestione Economico - Finanziaria (Direzione Amministrativa)	3			S.C. Gestione Economico - Finanziaria (Direzione Amministrativa)	conformità normativa; corretta imputazione contabile delle imposte/ tasse, pagamento e dichiarazione	non corretta imputazione contabile	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione		STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
25	Gestione della qualità e accreditamento	Responsabile Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualità	Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualità (Direzione Sanitaria)	3	3		UFFICIO PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITÀ (DIREZIONE SANITARIA)	fornire supporto alle strutture per adempiere agli obblighi di pubblicazione	scorretta e incompleta implementazione della sezione amministrazione trasparente	verifica adempimenti di I e II istanza		STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
26	Gestione del protocollo	Referente Ufficio protocollo	S.C. Affari generali e legali	1			S.C. Affari generali e legali	garanzia di certezza, trasparenza e tracciabilità documentale	impropria gestione dei flussi di posta (alterazione domande per partecipazione procedure gare/concorsi)	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione		STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
27	Gestione della pianificazione, programmazione e controllo aziendale	Dirigente amministrativo SSD Programmazione e controllo	S.S.D. Programmazione e controllo	3	MEDIO	MEDIO	S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	applicare secondo le indicazioni della direzione strategica gli indirizzi della programmazione aziendale, in linea con gli indirizzi regionali/nazionali e ministeriali, a livello aziendale e di struttura operativa (budget)	inosservanza delle linee annuali regionali di gestione e/o degli indirizzi ed indicazioni della Direzione strategica per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
28	Gestione sicurezza aziendale	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	3	BASSO	BASSO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione dell'infortunio sul lavoro	artificiosa valutazione dell'accadimento dell'infortunio per vantaggi personali, durante l'indagine interna eseguita dal SPPA a seguito della soppressione della tenuta del registro infortuni (D. Lgs. 151/2015)	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				3	BASSO	BASSO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione DPI: individuazione del fornitore dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) - acquisti diretti ed emergenziali	condizionamento nell'individuazione del fornitore dei DPI	regolamentazione dell'individuazione dei criteri di scelta dei DPI/fornitore	verifica dell'attività rispetto alla procedura producendo almeno 1 report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				3			SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione fabbisogno nell'appalto guardiania antincendio e vigilanza non armata	condizionamento nell'individuazione del fabbisogno da esplicitare in sede di gara di capitolato del servizio guardiania antincendio e vigilanza non armata	regolamentazione dell'individuazione del fabbisogno iniziale	STRALCIATO perché il servizio è stato inserito nel PPP dal 1 gennaio 2023	
29	Gestione del rischio clinico	Risk Manager (Direttore Sanitario)	Direzione Sanitaria	3	BASSO	BASSO	SSD FARMACIA	gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023
				5	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	gestione dei rifiuti sanitari	mancato riscontro dei quantitativi pagati (mancata pesatura) per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023
				2	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	sorveglianza sanitaria	discrezionalità del Medico Competente per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica tramite audit: entro il 30/11/2023

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	GRADUAZIONE 2023	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2023	Tempistica di attuazione
30	Gestione della comunicazione informazione	Titolare I.O. Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	3			UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	favorire l'accesso dei cittadini ai servizi, migliorare la qualità degli stessi favorendo la partecipazione ed il dialogo tra istituzione e cittadino	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	misure di segnalazione e protezione dei cittadini volte a promuovere l'accesso ai servizi		STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
31	Tutela del cittadino	Titolare I.O. Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	4	BASSO	BASSO	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	garantire i diritti rispetto ai principi sull'erogazione dei servizi pubblici gestione dei reclami e delle segnalazioni	inosservanza del processo di trattamento del reclamo con accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato da idoneo report illustrativo	verifica intermedia: al 31/08/2023 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2023

# PIAO 2023

## Allegato 4

### Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio

*Scheda di valutazione livello esposizione al rischio processo/fase - PTPCT 2023-2025*

Processo/attività/fase o evento rischioso	Indicatore 1	Item di valutazione	Valore associato all'item	Giudizio sintetico	Dati, evidenze a motivazione della misurazione applicata
	Indicatore 2	Item di valutazione	Valore associato all'item		
	Indicatore 3	Item di valutazione	Valore associato all'item		
	Indicatore 4	Item di valutazione	Valore associato all'item		
	Indicatore 5	Item di valutazione	Valore associato all'item		

Indicatori per la valutazione del rischio, se pertinenti:

1. *livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio*
2. *grado di discrezionalità del decisore interno all'Istituto: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato*
3. *manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quell'attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi*
4. *opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio*
5. *grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione delle misure di trattamento si associa a una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi*

# PIAO 2023

## Allegato 5

### **Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza 2023**

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PIPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <i>link</i> alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica		Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della struttura emittente	SC Affari Generali e Legali	Entro 20 giorni dalla comunicazione della trasmissione dell'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Statuti e leggi regionali	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica		
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Ufficio procedimenti disciplinari	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo				
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016				
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016				
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)					
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).					
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico					
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno				
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).							
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
		Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
		(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Scientifica per incarichi di collaborazione collegati alla ricerca SSD Politiche del Personale per altri incarichi di collaborazione SC Affari Generali e Legali per i patrocinii legali SSD Formazione per gli incarichi di docenza	Direzione Scientifica per incarichi di collaborazione collegati alla ricerca SSD Politiche del Personale per altri incarichi di collaborazione SC Affari Generali e Legali per i patrocinii legali SSD Formazione per gli incarichi di docenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
				Per ciascun titolare di incarico:					Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				Entro 20 giorni dalla trasmissione della Tabella	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo				Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	
				Per ciascun titolare di incarico:				Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale entro il 30 aprile		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli organi di indirizzo	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] se dovuta	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) se dovuta	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] se dovuta	Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica	Entro 20 giorni dalla comunicazione.	
				Per ciascun titolare di incarico:				Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale entro il 30 aprile	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]se dovuta	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)se dovuta	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]se dovuta	Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 10 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)				
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione approvazione	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione (anche dell'eventuale aggiornamento)	
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno				
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno				
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).							
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 20 giorni dall'avvio del provvedimento sanzionatorio		
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di incarichi organizzativi del comparto redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale entro il 30 aprile		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contratti collettivi	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti collettivi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dall'approvazione	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina	
		Par. 14.2. delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina	
<b>Bandi di concorso</b>	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 5 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	
	Ammontare complessivo dei	Art. 20, c. 1, d.lgs. n.	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Performance	premi	33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
				Per ciascuno degli enti:					
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link</a> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link</a> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)								
Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali		
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
				Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				Provedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013  Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016			Provedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Provedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate
	Provedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013       Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
				Per ciascuno degli enti:					
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
3) durata dell'impegno				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione		
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>						Entro 30 gg. dalla pubblicazione di eventuali modifiche	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
			Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali			
Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione- non allo stato disponibile.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Sistema informativo	Ufficio Sistema informativo						

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria			
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>						
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali			
				2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali			
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali				
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Come da ultimo chiarito anche dall'ANAC nella delibera n. 144/2014, la pubblicazione non riguarda l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, non essendo presenti organi di indirizzo politico.					
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della struttura emittente	SC Affari Generali e Legali: elenco provvedimenti generato dal sistema Adweb	Entro il 30 luglio e il 31 gennaio	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
<b>Controlli sulle imprese</b>		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative						
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Tempestivo	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni,									
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	<b>SETTORI ORDINARI</b> Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 <b>SETTORI SPECIALI</b> Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b> Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) <b>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</b> Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) <b>SETTORI SPECIALI</b> Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) <b>SPONSORIZZAZIONI</b> Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo				

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRA-ZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Bandi di gara e di concorso all.9		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b> Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 <b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b> Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) <b>SETTORI SPECIALI</b> Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo		in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023		
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo				
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <b>in quanto compatibili</b> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo				
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u>  Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u>  Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale			in corso di definizione, il nuovo schema viene applicato nel corso del 2023	
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro  Per ciascun atto:	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione  (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlò Garofolo"			
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)				
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	SSD Programmazione e Controllo/RPCT	SSD Programmazione e Controllo/RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 dalla presentazione	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Entro 30 dalla formalizzazione del rilievo	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Entro 30 giorni dal ricorso	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo			Entro 30 giorni dalla sentenza	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo			Entro 30 giorni dall'adozione di eventuali misure	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio per la Gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP)	Ufficio per la Gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP)	Aggiornamento dei criteri di formazione delle liste di attesa entro 15 giorni da eventuali variazioni. Pubblicazione mensile dei tempi di attesa e dei tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale			
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre	Autovalutazione al 31/08/2023 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2023
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro il 31 gennaio	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 31 gennaio	
				Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre	
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 5 giorni dall'aggiornamento		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1.1. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 30 giorni dall'approvazione dell'atto	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 20 giorni Entro 20 giorni	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013							
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
	Stato dell'ambiente		1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Fattori inquinanti		2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto		3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto		4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Relazioni sull'attuazione della legislazione		5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Stato della salute e della sicurezza umana		6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio		Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del provvedimento	Responsabile del provvedimento	Entro 30 giorni dall'adozione	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio
		Art. 42 d.lgs. n. 33/2013, Art. 99 DL 18/2020		Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del DL 18/2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"	Trimestrale	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 20 giorni dall'approvazione	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo			Entro 20 giorni dall'atto di nomina	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo			Entro 20 giorni dall'approvazione	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito da ANAC)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)			Entro 20 giorni dall'approvazione	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo			Entro 20 giorni dall'approvazione	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo			Entro 5 giorni dall'accertamento	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza	Entro 5 giorni dall'atto di nomina	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo			Entro 5 giorni dalla indicazione	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale			Entro il 31 luglio e il 31 gennaio	
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Tempestivo	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale				
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)			Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	non rilevata la tempistica dell'aggiornamento				

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

# PIAO 2023

## Allegato 6

### Piano Formazione Aziendale

## INDICE

<b>SEZIONE 1 ELEMENTI DI CONTESTO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 PREMessa .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 LA POLITICA FORMATIVA DELL'IRCCS.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 OBIETTIVI DEL PIANO FORMATIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E LA VALUTAZIONE DI IMPATTO.....</b>	<b>6</b>
<b>SEZIONE 2 IL PIANO FORMAZIONE AZIENDALE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 INDICAZIONI E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALI .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 AREE PRIORITARIE DELLA FORMAZIONE INDIVIDUATE DALLE LINEE DI GESTIONE 2022 .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 INDIVIDUAZIONE DELLE AREE FORMATIVE DELL'IRCCS .....</b>	<b>8</b>
<b>2.4 AMBITI DI SVILUPPO DEL CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE NEL 2023 .....</b>	<b>10</b>
<b>SEZIONE 3 SEZIONI SPECIFICHE.....</b>	<b>10</b>
<b>SEZIONE 4 MODALITÀ ATTUATIVE .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 TIPOLOGIE DIDATTICHE.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2 ATTIVITÀ DI DOCENZA .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 MODALITÀ DI FREQUENZA DEI CORSI.....</b>	<b>12</b>
<b>4.4 BUDGET PER LE ATTIVITÀ FORMATIVE.....</b>	<b>12</b>
<b>4.5 FORMAZIONE INTERAZIENDALE .....</b>	<b>13</b>
<b>4.6 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO FORMAZIONE AZIENDALE .....</b>	<b>13</b>
<b>4.7 GLI STRUMENTI PER LA VERIFICA DELLE ATTIVITÀ .....</b>	<b>13</b>
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>15</b>

## SEZIONE 1 ELEMENTI DI CONTESTO

### 1.1 Premessa

Il presente piano è strutturato in quattro sezioni:

- Sezione 1: elementi di contesto
- Sezione 2: il Piano Formazione Aziendale
- Sezione 3: sezioni specifiche
- Sezione 4: modalità attuative.

La raccolta del fabbisogno per l'anno 2023 ha visto una ripresa delle richieste delle attività formative in maggior parte in presenza, anche se le modalità online e webinar rimangono in utilizzo per alcuni percorsi anche per la comodità dello strumento per cui si è sviluppata una certa confidenza nella gestione.

### 1.2 Principali riferimenti normativi

Il presente documento si pone l'obiettivo di collocare l'investimento della formazione dell'Istituto nel contesto del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

- Importanti principi e disposizioni sulla formazione in ambito sanitario sono dettati, nello specifico, dagli artt. 16 e seguenti del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., con particolare riferimento alla formazione continua.
- L'art. 7-bis del D.Lgs. n. 165 del 30/03/2001 e s.m.i. *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”* prevede che tutte le amministrazioni pubbliche, alle quali si applica il predetto Decreto (tra cui gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario) predispongano annualmente, nell'ambito delle attività di gestione delle risorse umane e finanziarie, un piano di formazione del personale, tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, nonché della programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche.
- Inoltre, l'art. 38 *“Valorizzazione del personale della Legge Regionale n. 22 del 2019 recita “La Regione definisce gli indirizzi per la formazione, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane, per migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza dei servizi assistenziali assicurati sul territorio regionale. In relazione a quanto stabilito al comma 1 e nell'ambito di quanto previsto all'articolo 4, comma 4, lettera c), punto 3), della legge regionale 27/2018, le iniziative di formazione e valorizzazione garantiscono l'acquisizione e lo sviluppo di competenze per i diversi livelli di assistenza e per le relative aree di attività, anche favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità, per realizzare omogeneità formativa indispensabile a mantenere livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale.”*
- Oltre a ciò, si citano:
  - ✓ la D.G.R. n. 2036 del 16/10/2015 il *“Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia”*, ai sensi dell'art. 8 della Legge Regionale n. 27 del 30/12/2014 (Legge Finanziaria 2015),
  - ✓ la DGR n. 2247 dd. 24/11/2016 *“Regolamento di modifica al regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia ai sensi dell'articolo 8, della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27*

(Legge finanziaria 2015) emanato con decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2015, n. 249”;

- ✓ la Conferenza Stato Regioni n. 14 CSR del 02 Febbraio 2017 “La Formazione continua nel Settore Salute”;
- ✓ la Delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 18/12/2019 Crediti obbligo formativo per il triennio 2020-2022;
- ✓ PNRR del 23 aprile 2021 e conseguenti adempimenti Regionali;
- ✓ Decreto n.2660/SPS del 18/10/2021 Adozione del documento “Manuale dei requisiti per l’accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM del Friuli Venezia Giulia”;
- ✓ Decreto n. 30396/GRFVG del 15/12/2022 “Manuale dei requisiti l’accreditamento degli eventi formativi del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia”;
- ✓ La DGR n. 480 del 17/03/2023 – “LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2023. Approvazione definitiva”.

### 1.3 La politica formativa dell’IRCCS

L’Educazione Continua in Medicina (ECM) è un sistema di aggiornamento continuo e obbligatorio che permette al professionista sanitario, di acquisire abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta, rispondente ai bisogni dei pazienti e alle esigenze organizzative e operative del Sistema Sanitario.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nella formazione e nell’aggiornamento uno degli strumenti fondamentali per il perseguimento della salute del cittadino. Entrambi costituiscono le leve strategiche più rilevanti a disposizione delle organizzazioni sanitarie al fine di migliorare le competenze dei professionisti sanitari che si traducono con il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dalla stessa OMS.

La professionalità di un operatore della sanità può essere definita da tre caratteristiche fondamentali:

- il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (**il sapere**);
- il possesso di abilità tecniche o manuali (**il saper fare**);
- il possesso di capacità comunicative e relazionali (**il saper essere**).

Il Centro Attività Formative dell’IRCCS Burlo Garofolo persegue la politica della qualità della formazione, garantendo alcuni elementi ritenuti fondamentali:

- continuità e sistematicità,
- correttezza e qualità metodologica,
- congruenza con gli obiettivi formativi identificati, assumendo come tappe fondamentali del processo metodologico:
  - o l’identificazione dei bisogni formativi
  - o la verifica in itinere del processo
  - o l’utilizzo di metodologie didattiche congruenti agli obiettivi
  - o la valutazione dell’attività formativa.

L'IRCCS Burlo Garofolo considera la formazione un compito istituzionale fondamentale, legato alla propria natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico; il Piano della formazione è lo strumento attraverso cui si attua il processo di valorizzazione del personale che in esso opera, garantendo così il miglioramento continuo delle prestazioni, l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e culturali e la diffusione, all'interno ed all'esterno dell'ospedale, delle buone pratiche cliniche ed assistenziali basate sulle prove di efficacia. Per questo motivo l'impegno richiesto nel campo della formazione è rilevante e si esplica su più vettori formativi: i destinatari sono sia il personale dipendente sia altri soggetti esterni, ai quali l'Istituto mette a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze, delle buone pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove di efficacia.

Il Piano della Formazione Aziendale viene condiviso ed approvato dal Comitato Scientifico per la Formazione, trasformando le esigenze aziendali in progetti e piani formativi coerenti con le strategie dell'Istituto.

### **1.4 Obiettivi del piano formativo**

L'obiettivo principale del documento è di rappresentare uno strumento unico, articolato, completo e utile, da cui comprendere l'investimento che l'Istituto intende effettuare nella formazione continua e articolare altri aspetti sostanziali della formazione, nello specifico:

- i principi di riferimento,
- le aree di investimento formativo.

### **Principi di riferimento**

L'elaborazione del PFA si attiene ai seguenti principi:

- favorire il coinvolgimento del personale dell'Istituto garantendo pari opportunità di accesso ed equa rotazione per i professionisti di ogni struttura;
- supportare la realizzazione di percorsi caratterizzati da integrazioni multi-professionali;
- porre particolare attenzione alle strategie didattiche e di strumenti che verifichino come le competenze apprese siano realmente tradotte nei comportamenti lavorativi;
- garantire esperienze di formazione/lavoro e occasioni formative durante il lavoro stesso;
- valorizzare il contributo di docenti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale/Servizio Sanitario Nazionale, senza escludere la possibilità di avvalersi di esperti per tematiche innovative o particolarmente specialistiche.

### **Aree di investimento formativo**

L'IRCCS nel programmare il piano della formazione aziendale ritiene fondamentali alcune aree strategiche:

- *cura della qualità della vita e centralità del bambino e della donna*, orientata ad una visione olistica della persona;
- *attenzione ai rapporti umani e assenza di qualsiasi discriminazione* nell'assistenza;
- *definizione di percorsi assistenziali*, orientati alla soddisfazione dei bisogni globali del bambino, della donna e della famiglia;

- *garantire appropriatezza e correttezza delle cure e dell'uso delle risorse;*
- *sostegno della ricerca, dell'innovazione e dell'utilizzo di tecnologie avanzate, anche in termini di informatizzazione, come strumento a servizio dei professionisti e del paziente, nei processi diagnostici, assistenziali e terapeutici.*

### **1.5 Miglioramento della qualità e la valutazione di impatto**

Nell'Accordo Stato-Regioni "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017 il tema della valutazione d'impatto della formazione assume particolare rilevanza. In questo contesto, gli organi del Sistema regionale ECM propongono di sviluppare ulteriormente la complessa tematica della valutazione della formazione nei seguenti ambiti:

- **valutazione del Provider e dell'evento nei tre livelli:**
  - ✓ dei requisiti formali degli eventi,
  - ✓ della qualità globale del Provider,
  - ✓ della qualità globale dell'evento oggetto della valutazione,
- **Valutazione dell'efficacia dell'intervento secondo i primi 3 livelli di Kirkpatrick:**
  - ✓ della reazione, intesa come qualità percepita,
  - ✓ dell'apprendimento, relativo sia alle conoscenze e delle abilità,
  - ✓ del comportamento.

## **SEZIONE 2 PIANO FORMAZIONE AZIENDALE**

Il piano illustra le attività di formazione previste dall'Istituto che rispondono agli obiettivi formativi nazionali e regionali, i destinatari delle azioni formative, i sistemi di verifica, di valutazione di qualità e di efficacia degli interventi programmati.

Il presente piano è stato elaborato considerando anche i seguenti elementi:

- ✓ sostenere le azioni che implicano innovazione e cambiamento organizzativo;
- ✓ valorizzare strategie e metodologie formative di dimostrata efficacia;
- ✓ sostenere la crescita del sistema formazione interaziendale favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti al fine di rendere omogenei comportamenti, procedure e percorsi assistenziali.

Attraverso il piano sono garantiti al personale: l'aggiornamento continuo delle conoscenze e delle abilità tecnico-relazionali e manageriali dei professionisti, teso a garantire l'efficacia, la sicurezza, la qualità e l'efficienza dei percorsi clinico - assistenziali e delle prestazioni offerte.

### **2.1 Indicazioni e strumenti di programmazione regionali**

#### **Aspetti formativi del piano strategico regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2020-23**

Le attività formative rappresentano uno strumento fondamentale per fronteggiare un'emergenza pandemica; addestramento e simulazioni permettono di potenziare conoscenze e competenze tecnico scientifiche in periodi di normalità, formando e preparando i professionisti a fronteggiare eventuali situazioni maxi-emergenziali.

L'IRCCS garantirà il coinvolgimento come Provider, rispetto al Piano della formazione regionale 2023 declinando gli obiettivi formativi in funzione delle diverse fasi e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

## **Corso di formazione in infezioni ospedaliere**

Il PNRR, Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere, assegna risorse per la realizzazione di interventi formativi in materia di infezioni ospedaliere e definisce il target “di dipendenti formati in infezioni ospedaliere”. Il piano operativo regionale precisa le risorse fra provider regionali e determina il crono programma. I percorsi formativi saranno programmati nelle annualità 2023-2024-2025-2026, sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider regionali.

### ***2.2 Aree prioritarie della formazione individuate dalle Linee di gestione 2023***

Nel 2023 l'IRCCS, come previsto dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuoverà e sosterrà iniziative formative finalizzate a:

- attivare le iniziative formative inserite nel Piano Strategico Regionale attuativo di preparazione e risposta ad una Pandemia Influenzale 2020-23;
- attuare le iniziative previste nella progettualità formativa “Corso di formazione in infezioni ospedaliere”;
- attivare le iniziative connesse all'incremento delle competenze digitali e dei professionisti del sistema sanitario regionale dedicate al Fascicolo sanitario Elettronico (FSE);
- implementare le conoscenze e le competenze utili per la gestione delle emergenze sanitarie derivante dalla Pandemia da COVID-19;
- valorizzare il lavoro di rete e la costruzione e diffusione dei PDTA;
- favorire il rafforzamento delle attività di governance dell'erogazione dei servizi di ricovero e ambulatoriali per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni e per la riduzione dei fenomeni di mobilità passiva interregionale;
- potenziare le competenze in materia di Cure palliative e terapia del dolore;
- favorire la formazione degli operatori nell'ambito delle azioni di contrasto alla violenza contro le donne e i bambini/e e contro gli operatori;
- accrescere le competenze e le conoscenze trasversali per il corretto e pieno utilizzo dei sistemi informativi in uso e incrementare la cultura della digitalizzazione;
- favorire il contenimento dei costi della farmaceutica e la dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche;
- favorire l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo della piattaforma di telemedicina e teleassistenza;
- sensibilizzare il personale per mantenere alta l'attenzione sul tema dell'umanizzazione delle cure e della valorizzazione della dignità della persona;
- promuovere e supportare la dimensione etica all'interno dell'istituzione sanitaria;
- garantire la valorizzazione e qualificazione delle competenze manageriali della dirigenza apicale sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale e la formazione alla leadership;
- garantire lo sviluppo del Middle Management;
- garantire lo sviluppo dei percorsi dedicati alle competenze avanzate del comparto;

- garantire il mantenimento delle competenze nel contesto urgenza ed emergenza anche attraverso il ricorso a metodologie formative innovative (ad esempio BLSO potenziato con realtà virtuale);
- garantire lo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, referenti) e per tutte le tipologie formative, in particolare per la Formazione a Distanza.

L'IRCCS inoltre porrà attenzione allo sviluppo di obiettivi strategici aziendali previsti dal PFA, nonché allo sviluppo di eventi orientati ai seguenti temi:

- ✓ sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. N 81/2008);
- ✓ sicurezza del paziente (risk management) e "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" legge 24/2017;
- ✓ percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- ✓ cure palliative e terapia del dolore;
- ✓ screening neonatali (screening metabolico esteso, audiologico ed oftalmologico);
- ✓ valorizzazione dei quadri intermedi (con particolare riguardo alle figure con funzioni organizzativo/gestionali);
- ✓ promozione dei corretti stili di vita con particolare riferimento alle vaccinazioni e alla nutrizione del neonato e della donna gravida;
- ✓ Privacy e sicurezza informatica;
- ✓ attività formativa a supporto delle attività di ricerca intraprese dall'IRCCS;
- ✓ farmacovigilanza in ambito materno - infantile e nell'uso degli off label.

L'IRCCS intende inoltre consolidare:

- l'attività di formazione in tema di risposta all'emergenza in campo neonatale, pediatrico: emergenza - urgenza (BLSO, PALS, rianimazione neonatale, gestione emergenza in sala parto...);
- l'attività di formazione sulla simulazione avanzata delle emergenze ostetriche;

e, come previsto dalla Legge Regionale 09/07/2021, n. 10 Art.2, comma 2, lettere a) et b): garantire la formazione in materia di disostruzione delle vie aeree in età pediatrica e di rianimazione cardiopolmonare rivolti al personale degli istituti scolastici a contatto con i bambini di età 0-6 anni.

### ***2.3 Individuazione delle aree formative dell'IRCCS***

L'offerta formativa, residenziale in aula, residenziale e-learning e sul campo, si orienta quindi sulle macro-aree di seguito riportate:

#### **Area di sviluppo strategico**

L'area di sviluppo strategico include l'ambito organizzativo-gestionale/management, qualità, sicurezza dei lavoratori e dei pazienti, evidenze scientifiche e cure palliative/dolore. Queste sono le parole chiave che sostengono l'organizzazione degli eventi formativi dell'Istituto, intraprese per rendere i servizi

offerti più efficienti, appropriati, di qualità, per eliminare sprechi e duplicazioni nonché per rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei pazienti.

La Direzione definisce quindi come aree strategiche: la gestione della qualità, del rischio clinico, della ricerca scientifica, delle cure palliative/dolore, dell'emergenza e della tutela della salute dei lavoratori e delle tematiche rispondenti a normative cogenti.

### *Area di sviluppo delle competenze relazionali*

Continua ad emergere dai professionisti l'esigenza di sviluppare ulteriormente l'ambito della comunicazione interpersonale, orientata sia agli utenti e ai loro famigliari, che agli altri professionisti, interni ed esterni all'Azienda.

L'area di sviluppo delle competenze relazionali è stata pertanto suddivisa nelle seguenti sotto tematiche:

- ✓ comunicazione con il paziente e la sua famiglia;
- ✓ comunicazione tra il personale.

Gli eventi formativi afferenti a quest'area sono stati identificati per sviluppare un ambito ritenuto determinante, quello della comunicazione. La capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una relazione positiva ed armonica con il paziente e con i famigliari è indispensabile per tutti i processi assistenziali e per il loro esito; la relazione, infatti, fa parte della cura.

### *Area di sviluppo professionale*

L'importanza dello sviluppo professionale continuo e dell'apprendimento permanente dei professionisti della salute è ampiamente riconosciuta, entrambi servono a garantire che l'attività professionale sia aggiornata, contribuiscono a migliorare i risultati terapeutici e accrescono la fiducia dei cittadini nei confronti professioni sanitarie.

Quest'area include una serie di eventi orientati a promuovere il miglioramento delle competenze dei professionisti sanitari che operano all'interno dell'IRCCS e non solo.

### *Area di sviluppo amministrativo*

Quest'area comprende una serie di eventi formativi che hanno lo scopo di migliorare la pianificazione e la gestione tecnico-amministrativa e normativa dei processi di organizzazione, sviluppo e valorizzazione delle risorse economiche e tecnologiche, nonché delle prestazioni sanitarie erogate.

Le sottotematiche di seguito riportate sono state individuate nell'ambito dell'area di sviluppo amministrativo, che talora sono trasversali a diversi ruoli e funzioni:

- ✓ conoscenza del nuovo CCNL;
- ✓ anticorruzione e trasparenza;
- ✓ appalti e impianti;
- ✓ normativa generale e specifica;
- ✓ procedure amministrative;
- ✓ tecnologia informatica;
- ✓ tecnologia sanitaria.

### Area di sviluppo gestionale ed organizzativo

Quest'area comprende una serie di eventi formativi basata sulle evidenze scientifiche e sulla appropriatezza clinico-assistenziale, a garanzia di percorsi formativi adeguati al cambiamento organizzativo atteso e alla gestione della complessità, favorendo integrazione organizzativa e professionale nei servizi e tra servizi sociali e sanitari.

In un contesto come quello sanitario appare sempre più evidente che un modello di formazione adeguato non può limitarsi a qualificare gli aspetti tecnici delle procedure effettuate e la performance degli operatori, ma si deve far carico anche di un più avanzato equilibrio tra dimensione clinica e dimensione organizzativa.

#### **2.4 Ambiti di sviluppo del centro attività formative nel 2023**

Nel corso del 2023, il CAF dell'IRCCS intende proseguire in alcune aree di sviluppo dell'attività della Formazione, al fine di:

- riaccreditarsi come Provider Regionale della formazione del SSR
- rinnovare la Certificazione ISO del Centro di Attività Formative in base ai criteri specifici previsti dalla ISO 21001;
- proseguire nel consolidamento della figura del referente della formazione a livello delle strutture, organizzando una formazione specifica;

### **SEZIONE 3 SEZIONI SPECIFICHE**

Da un'analisi effettuata in questi anni di attività come Provider regionale, si è sviluppata la necessità di dedicare al piano delle sezioni specifiche che riguardano le attività formative inerenti:

1. le tematiche clinico assistenziali, amministrative e strategiche;
2. la gestione dell'urgenza emergenza in ambito materno infantile;
3. la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

1. In questa sezione sono contenuti tutti i progetti formativi richiesti dalle articolazioni sanitarie e amministrative dell'IRCCS e sono orientati allo sviluppo di tematiche relative alle aree clinico assistenziali, amministrativo gestionali e strategiche;

Nell'**AII.1** sono evidenziate le attività formative riferite a questi ambiti

2. L'IRCCS nel 2023 intende continuare ad articolare maggiormente l'attività formativa in questo ambito, al fine di mantenere e sviluppare le competenze in tema di gestione delle urgenze emergenze in relazione alle tipologie di pazienti trattati dall'Istituto, (neonati, donne e bambini), avendo, al proprio interno, professionisti certificati che hanno sviluppato competenze specifiche.

Nell'**AII.2** sono sintetizzate le iniziative formative che si riferiscono a quest'area.

3. Il D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. riunisce in un unico testo le norme esistenti in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. Tale decreto si occupa della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro e si applica:

- ✓ alla persona sotto ogni aspetto: salute, sicurezza, dignità, tenendo conto della provenienza geografica e del genere;
- ✓ al lavoro, in qualunque forma svolto, in tutti i settori, sia pubblici che privati, cui siano adibiti lavoratori dipendenti o ad essi equiparati.

Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione, rappresentano obiettivi nodali dell'IRCCS, che ritiene di promuovere una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata.

Nell'Al. 3 sono evidenziate le attività formative riferite a questo ambito.

## SEZIONE 4 MODALITÀ ATTUATIVE

### 4.1 Tipologie didattiche

Al fine di conseguire la piena valorizzazione delle risorse di cui l'Istituto già dispone e la più ampia condivisione delle conoscenze, s'intende privilegiare la formazione in sede, sia frontale laddove previsto che e-learning, attraverso l'utilizzo delle competenze avanzate già presenti e il confronto sistematico tra le diverse professionalità. In coerenza con tali scelte saranno applicate metodologie quali lo studio di casi, la discussione di gruppo, l'esercitazione applicativa, il laboratorio esperienziale, il *training on the job*. Nell'ambito delle previsioni del piano formativo sono considerate prioritarie la formazione sul campo e la formazione *in house*, riconosciute validi strumenti per la realizzazione di un miglioramento nelle competenze assistenziali e culturali dei professionisti sanitari e idonee a garantire il raggiungimento di livelli qualitativi adeguati oltre che l'ampliamento della possibilità di accesso alla formazione per tutto il personale.

Al fine di favorire l'efficacia di quanto programmato con il piano della formazione, l'organizzazione dei corsi è orientata all'utilizzo di diverse metodologie didattiche, in relazione agli obiettivi e alle ricadute che ci si attende dall'evento formativo, avvalendosi:

✓ della **Formazione Residenziale (FR)**, sia in presenza che e-learning, in altre parole la partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento sia *in house* che esterni; l'obiettivo cardine è sviluppare una formazione residenziale interattiva, che permetta di favorire un apprendimento coerente con la rilevazione dei fabbisogni;

✓ della **Formazione sul Campo (FSC)**, metodologia che ha dimostrato particolare efficacia nello sviluppo delle competenze legate soprattutto ai contesti organizzativi; formarsi sul campo significa attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità, imparare dal fare, ma anche riconoscere nell'azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con sé stessi, con l'organizzazione, con la letteratura scientifica, rappresentando quindi un valido supporto per l'innovazione e il cambiamento;

✓ della **Formazione a Distanza (FAD)** attraverso l'adozione da parte della DCS di un'unica piattaforma regionale di *e-learning* che s'interfacerà con il gestionale della formazione in uso. In alcuni casi potranno essere utilizzate

piattaforme FAD messe a disposizione da eventuali agenzie formative esterne nel caso di acquisizione di pacchetti formativi specifici; nei progetti in cui è prevista sia una parte teorica che pratica, al fine dell'accreditamento, viene scelta la metodologia prevalente, non essendo ancora previsto dalla Regione l'accreditamento di eventi *blended*.

✓ della **Formazione on line** utilizzata al fine di garantire attraverso *webinar* e *piattaforme web*, (Lifesize, Zoom, GARR-Webmeeting) per garantire tutte le attività formative che non è possibile gestire in aula, al fine di assicurare al personale la formazione continua e l'acquisizione dei crediti formativi ECM.

#### 4.2 Attività di docenza

L'Istituto ricorre in via prioritaria alla docenza interna, poiché rappresenta la modalità principale per valorizzare le risorse umane aziendali e le competenze di tipo tecnico specialistico da loro acquisite; l'utilizzo di formatori interni permette inoltre di contestualizzare meglio l'intervento, favorendo il trasferimento dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti. oltre a ciò con la docenza di professionisti interni, inoltre, si concretizza un contenimento dei costi per la formazione, con il conseguente recupero di risorse che possono essere impiegate per avvalersi di docenti esperti esterni che possono essere incaricati per eventi strategici dell'IRCCS o per garantire attività di stage particolarmente rilevanti al fine di migliorare costantemente la qualità assistenziale erogata dalle strutture dell'Istituto.

Al fine di migliorare la qualità delle attività formative e gli standard dei risultati attesi, l'apporto di docenti esterni o di sostegni economici nel rispetto delle relative procedure codificate.

È possibile ricorrere a professionisti esterni nel caso in cui:

- ✓ non siano presenti in Istituto le professionalità, le specializzazioni o le specifiche competenze richieste;
- ✓ sia necessario integrare la disponibilità di tempo dei docenti interni;
- ✓ sia necessario prevedere la presenza di professionisti esterni in relazione a percorsi di ricerca, sviluppo, confronto e partenariato professionale.

L'attività di docenza è disciplinata dal REG\_CAF\_0001 "Regolamento per l'attribuzione degli incarichi di docenza".

#### 4.3 Modalità di frequenza dei corsi

Il Centro Attività Formative attraverso il REG\_CAF\_0003 "Regolamento per le attività di formazione" ha disciplinato le modalità di accesso e frequenza ai corsi interni ed esterni all'Istituto al fine di garantire un corretta funzione della formazione continua gestita dal Provider ECM, come previsto dalla normativa Nazionale e Regionale, sia disciplinare le modalità di partecipazione dei dipendenti all'attività formativa interna ed esterna all'azienda.

#### 4.4 Budget per le attività formative

Nel 2023 l'importo assegnato per la formazione è pari a 107.000,00 Euro e sarà gestito dal CAF sia per l'organizzazione degli eventi interni che per la partecipazione ad eventi esterni, così da garantire un monitoraggio puntuale delle quote utilizzate e residue.

Una quota, pari al 60% dei fondi, sarà destinata prioritariamente a finanziare gli eventi realizzati in sede, sia che rispondano ad obiettivi strategici trasversali sia agli obiettivi delle singole articolazioni organizzative, mentre la rimanente quota del 40% sarà prioritariamente destinata alla partecipazione ad eventi esterni, Convegni/corsi/stage presso strutture straniere o italiane di eccellenza nel settore materno-infantile.

Il budget annuale per la formazione potrà essere incrementato per un importo corrispondente agli eventuali ricavi derivanti da sponsorizzazioni, iscrizioni o finanziamenti, in sede di rendiconto semestrale, così come previsto dalla LR n 28/2018 (finanziaria regionale 2019), compatibilmente all'andamento complessivo della gestione annuale.

Anche nel 2023 saranno adottate le seguenti attività:

- ✓ priorità nell'accREDITamento ECM dei percorsi formativi sia residenziali che sul campo che consentono di coniugare, con risorse contenute, l'acquisizione di nuove competenze tecniche e professionali con il miglioramento della qualità dei processi di lavoro e di integrazione multi-professionale e il continuo miglioramento della qualità delle cure;
- ✓ attivazione di sinergie e collaborazioni con le altre aziende dell'area regionale;
- ✓ valorizzazione dell'offerta formativa erogata da altri enti pubblici.

#### ***4.5 Formazione Interaziendale***

Le due aziende presenti sul territorio Giuliano Isontino, ASUGI e IRCCS Burlo Garofolo, hanno implementato, nel corso degli anni, una proficua collaborazione che si è sostanziata nell'organizzazione di alcuni eventi formativi e nell'elaborazione di un catalogo formativo condiviso che scaturiva dai rispettivi Piani formativi, al fine di consentire la libera partecipazione dei dipendenti delle due Aziende.

Nel corso del 2023 si prevede, oltre a consolidare la collaborazione in essere, di garantire al personale di ASUGI una formazione condivisa in tema di emergenza-urgenza, neonatale e pediatrica, con l'obiettivo di:

- ✓ omogenizzare le competenze degli operatori sanitari nei diversi contesti;
- ✓ diffondere e condividere le buone pratiche cliniche attraverso la creazione di sinergie e integrazioni tra gli operatori delle diverse aree clinico-assistenziali.

In tema di emergenza ostetrica invece si sostanzia la collaborazione con ASUFC per lo sviluppo del progetto *Simulazione avanzata per la gestione dell'emergenze ostetriche*, previsto dal PFR, in cui il provider sarà l'IRCCS.

#### ***4.6 Modalità di diffusione del Piano Formazione Aziendale***

Al fine di garantire equità di accesso alla formazione aziendale a tutti i dipendenti, è prevista la pubblicazione del piano e della lista degli eventi formativi sul sito internet aziendale nella sezione dedicata alla formazione, nonché alla diffusione mensile degli eventi formativi organizzati dal provider IRCBG e inoltrati a tutto il personale dell'Istituto attraverso la mail aziendale.

#### ***4.7 Gli strumenti per la verifica delle attività***

Attualmente le attività del Centro Attività Formative sono sottoposte a verifiche attraverso:

- ✓ *Auditing interno*: da parte del team dei valutatori aziendali, che hanno il compito di segnalare le non conformità e di promuoverne il miglioramento, attivando le azioni preventive e correttive del caso, il cui iter è seguito dal Responsabile di qualità aziendale, in collaborazione con la struttura stessa. Con frequenza normata, e comunque almeno una volta all'anno, viene effettuato un riesame della direzione nel quale si formalizzano le non conformità rilevate, le azioni implementate, lo stato dell'arte degli adeguamenti e le criticità non ancora superate.
- ✓ *Auditing esterno*: con verifiche autorizzative e di accreditamento istituzionale da parte dei team dei valutatori della Regione Friuli Venezia Giulia (DGR 1436/2011 e s.m.i) e all'attività di controllo e vigilanza sui providers da parte della Direzione Centrale Salute (*“Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia ai sensi dell'articolo 8, della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27 Decreto del Presidente della Regione FVG n. 0249/2015*), nonché a visite di rinnovo e sorveglianza da parte degli Enti terzi di Certificazione.

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
1	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Il paziente guarito da tumore in età pediatrica: gestione monitoraggio degli effetti collaterali a lungo termine	Rabusin Marco	18	Grazie ai miglioramenti terapeutici in ambito di ematooncologia, 1 paziente su 100 è un paziente guarito da un tumore in età pediatrica. Vi è quindi la necessità di organizzare una rete di controlli che coinvolga il MMG e gli specialisti dell'adulto al fine di garantire un adeguato monitoraggio e trattamento di effetti collaterali a distanza e/o a seconda dei tumori.	RES ECM	Interni	51-100	Interni/es terni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Cardiologia, Ematologia, Endocrinologia, Ginecologia e ostetricia, Medicina generale, Oncologia, Pediatria, Privo di specializzazione	51-100	2	una giornata
2	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Corso di formazione in oncologia pediatrica; dalle novità terapeutiche alla condivisione di protocolli assistenziali medico-infermieristici	Rabusin Marco	9	Scopo del corso di formazione rivolto ad operatori sanitari dei distretti, PLS e personale medico-infermieristico dei reparti di pediatria della regione A: descrivere l'organizzazione della rete oncologica regionale condividendo percorsi assistenziali e protocolli clinici sul versante assistenziale medico e infermieristico.	RES ECM	Interni	51-100	Interni/es terni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Ematologia, Malattie infettive, Medicina trasfusionale, Oncologia, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta)	26-50	2	una giornata
3	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Analisi di casi clinico-assistenziali in ambito oncoematologico pediatrico	Rabusin Marco/Longo Antonella	1	Nella Struttura Complessa Oncoematologia dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste afferiscono pazienti complessi affetti da patologie	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Psicologo	Pediatria, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
4	GESTORG	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Revisione dell'Organizzazione della gestione della SC Oncoematologia e centro trapianti dell'IRCCS Burlo Garofolo	Rabusin Marco/Longo Antonella	11	I cambiamenti organizzativi apportati e da apportare in seguito all'accreditamento JACIE richiedono un aggiornamento e revisione dei percorsi clinici assistenziali adottati presso la struttura ed una ridefinizione e rafforzamento delle competenze del personale.	FSC ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni	Biologo, Farmacista, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Psicologo	Pediatria, Privo di specializzazione	26-50	1	più di una giornata
5	GESTORG	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Plastic Free - Il riciclo e le strategie per la riduzione dei rifiuti in plastica	Matia Leghissa	26	La plastica è un materiale altamente presente nella nostra quotidianità e se non correttamente smaltita costituisce un pericolo per il pianeta. La plastica monouso, in particolare, rappresenta il materiale più diffuso tra i rifiuti e, non essendo biodegradabile, mette a rischio l'ambiente. Conoscere il ciclo della plastica e fare scelte consapevoli per riduzione della plastica diventa quindi di fondamentale importanza per ridurre l'impatto ambientale.	RES ECM	Interni/Es terni			Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	una giornata
6	PROF	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Benessere e nutrizione	Matia Leghissa	23	Numerose ricerche dimostrano che una corretta alimentazione contribuisce a prevenire numerose patologie.	RES ECM	Interni/Es terni			Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	una giornata
7	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	La normativa ADR: formazione specifica in materia di rifiuti	Leghissa Matia	26	La normativa ADR disciplina la materia in tema di rifiuti (classificazione, confezionamento, trasporto...).	RES ECM	Esterni	<25	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	2	mezza giornata
8	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	La sicurezza alimentare nei reparti	Leghissa Matia	23	Garantire la sicurezza alimentare concorre ad assicurare la salute pubblica.	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni	Infermiere, infermiera pediatrico, ostetrica,	non pertinente	26-50	4	mezza giornata
9	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Oltre all'assistenza: fondamenti della gestione degli appalti dell'Istituto	Scolz Sabrina	5	Per offrire un'assistenza di qualità è necessario conoscere il sistema di gestione degli appalti all'interno dell'Istituto.	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	2	mezza giornata
10	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Analisi dell'attività dell'Unità di Fase 1	Giurici Nagua, Rabusin Marco	14	Il Decreto 30 del 16 aprile 2021 ha avviato il percorso di certificazione AIFA dell'Unità di Fase 1 dell'IRCCS Burlo Garofolo per le sperimentazioni cliniche.	FSC ECM	Interni	26-50	Interni/es terni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Biologo, Farmacista, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Medico chirurgo	Ematologia, Oncologia, Pediatria	26-50	1	più di una giornata
11	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Training e simulazione delle emergenze nell'Unità di Fase 1	Bregant Gaia Milva	18	Il Decreto 30 del 16 aprile 2021 ha avviato il percorso di certificazione AIFA dell'Unità di Fase 1 dell'IRCCS Burlo Garofolo per le sperimentazioni cliniche	FSC ECM	Interni	<25		Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione, Pediatria	<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
12	PROF	SC R Radiologia Pediatrica	Granata Claudio	La radioprotezione del paziente	Granata Claudio	29	In considerazione dell'ampia offerta diagnostica erogata su tutte le fasce d'età, appare necessario proporre un percorso formativo inerente la radioprotezione del paziente pediatrico e adulto.	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni/es terni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	Chirurgia pediatrica,Ortopedia e traumatologia,Radiodiagnostica	26-50	2	mezza giornata
13	PROF	SC R Radiologia Pediatrica	Granata Claudio	Aggiornamento clinico organizzativo in radiologia pediatrica	Cattaruzzi Elisabetta	29	miglioramento dei flussi lavorativi all'interno del reparto, politica di Miglioramento della Qualità	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	Radiodiagnostica	<25	1	mezza giornata
14	GESTORG	SC R Radiologia Pediatrica	Granata Claudio	Meeting di radiologia pediatri e radiologi a confronto	Granata Claudio/Barbi Egidio/Cattaruzzi Elisabetta	29	La casistica pediatrica che viene ricoverata all'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste è solitamente complessa: prevalentemente si tratta di malattie acute con gravi complicanze o di malattie croniche o rare e quindi patologie di non comune osservazione. Per questo motivo è necessario, al fine di mantenere elevato il livello clinico-assistenziale e scientifico delle cure prestate, provvedere ad aggiornare permanentemente il personale e favorire l'interattività multidisciplinare nei percorsi diagnostici per garantire la migliore qualità delle cure.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	Radiodiagnostica/Pediatria	<25	1	più di una giornata
15	PROF	SC R Radiologia Pediatrica	Granata Claudio	Addestramento all'uso del tomografo a Risonanza magnetica	Granata Claudio	29	Il percorso è riservato ai nuovi assunti al fine dell'acquisizione delle competenze specifiche pediatriche in RM e agli inseriti per il mantenimento delle competenze	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	Radiodiagnostica	<25	1	una giornata
16	PROF	SC R Radiologia Pediatrica	Granata Claudio	Rischi e sicurezza in RM: il Regolamento di Sicurezza	Fornasier Maria Rosa	27	Sicurezza nell'ambiente di lavoro e patologie correlate	RES ECM	esterni	<25	Interni	inf, inf ped, TSRM, anest, neo,pediatra,radiodiagnostica	Radiodiagnostica	<25	1	una giornata
17	PROF	SC Oculistica	Pensiero Stefano	Aggiornamenti in oculistica pediatrica	Pensiero Stefano	20	La presa in carico di pazienti pediatrici con problematiche oftalmologiche richiede continuo aggiornamento, capacità di autovalutazione e di collaborazione multidisciplinare per offrire prestazioni di alta qualità, quali quelle richieste ad una struttura inserita in un ospedale di 3° livello.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ortottista/Assistente di oftalmologia	Privo di specializzazione	<25	4	più di una giornata
18	REL	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Fontanot Donatella	Come ci vedono: un giorno all'URP	Fontanot Donatella	7	L'evento viene organizzato per fornire elementi di lettura del contesto sociale contemporaneo, condividere le modalità con cui gli utenti si relazionano con la struttura e quali sono le loro aspettative nei nostri confronti	RES ECM	Interni	26-50	Interni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/O, Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatra,Biochimica clinica,Cardiologia,Chirurgia pediatrica,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Gastroenterologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Malattie metaboliche e diabetologia,Neonatalogia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Psichiatria,Radiodiagnostica,Reumatologia,Scienza dell'alimentazione e dietetica,Urologia,Privo di specializzazione	26-50	1	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
19	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	La relazione con il minore di età tra informazione e decisione condivisa	Ponton Paola	7	Le trasformazioni della società, delle culture e della medicina contemporanee, sostenute dalle recenti proposte del biodiritto (Legge 219/2017), suscitano riflessioni e stimolano cambiamenti nella relazione di Cura sia con i minori di età quanto con i loro genitori.	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Tutte le professioni	Tutte le discipline		1	2
20	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Questioni etiche all'inizio della vita	Ponton Paola	16	L'evoluzione della medicina nel campo ostetrico-ginecologico richiede ai professionisti uno sguardo ampio sulle nuove possibilità connesse alla generatività e alla genitorialità consapevole.	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Tutte le professioni	Tutte le discipline		1	2
21	PROF	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Amaddeo Alessandro	Integrazione tra Pediatri di Libera Scelta e Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Rabach Ingrid	9	Discussione dei casi clinici complessi in modalità multidisciplinare definendo percorsi clinico-assistenziali efficaci volti alla riduzione di prestazioni assistenziali rindondanti ed inutili degli accessi impropri al Pronto Soccorso.	FSC ECM	Interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Privo di specializzazione	<25	1	mezza giornata
22	PROF	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Amaddeo Alessandro	Percorsi clinico-assistenziali in SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Norbedo Stefania	2	I professionisti che garantiscono attività di guardia in Pronto Soccorso hanno bisogno di uniformare l'approccio clinico e la gestione delle patologie acute pediatriche secondo protocolli di istituto che hanno la necessità di essere aggiornati in modo strutturato e continuativo. I partecipanti al corso, una volta identificato un tema, alla luce della letteratura più recente, delle patologie che più frequentemente devono essere gestite in PS e della propria esperienza si confrontano con l'obiettivo di integrare le proprie competenze, uniformare i comportamenti tecnico/professionali e le strategie comunicative verso l'utenza.	FSC ECM	Interni	26-50	Interni	Infermiere, infermiere pediatrico, medico chirurgo	Pediatria, privo di specializzazione	26-50	1	più di una giornata
23	PROF	SC Oncoematologia	Rabusin Marco	Aspetti assistenziali nell' Unità di Fase 1	Giurici Nagua/Andrea Cassone/Rabusin Marco	18	Il Decreto 30 del 16 aprile 2021 ha avviato il percorso di certificazione AIFA dell'Unità di Fase 1 dell'IRCCS Burlo Garofolo per le sperimentazioni cliniche	FSC ECM	Interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione, Pediatria	<25	1	
24	PROF	SC Ortopedia e Traumatologia	Carbone Marco	Aggiornamenti casi clinici e gestione patologie complesse in Ortopedia	Di Carlo Valentina	18	condivisione e ottimizzazione della gestione dei pazienti, miglior offerta all'utenza del servizio dato dall'ortopedia	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Medico chirurgo	Ortopedia e traumatologia	<25	1	più di una giornata
25	PROF	SC Ortopedia e Traumatologia	Carbone Marco	Screening ecografico della displasia congenita delle anche	Odoni Luca	18	Acquisizione di competenze sull'ecografia delle anche nei neonati	FSC ECM	Interni	<25	interni	Medico chirurgo	Neonatologia, Ortopedia e traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica	<25	1	mezza giornata
26	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Se la conosci la eviti: la malpractice della contenzione in ambito neonatale e pediatrico	Schreiber Silvana	18	La contenzione è una mal practice da superare	RES ECM	Interni/Es terni	26-50		Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	1	una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
27	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Diritti, Cura, Innovazione per la Donna e l'età evolutiva: le attuali sfide assistenziali	Bicego Livia	5	Il Diritto a Cure e a risposte assistenziali adeguate ed appropriate nelle diverse età e condizioni rappresenta una sfida per i sistemi e le organizzazioni socio-sanitarie nazionali ed internazionali; proporre risposte ed esperienze innovative, a volte poco conosciute ed inedite, condividere proposte e sperimentazioni di buone pratiche di cura in particolare in ambiti assistenziali promossi, coordinati e gestiti dalle Professioni Sanitarie, rappresenta una base generativa di sviluppi virtuosi. Le Professioni Sanitarie si presentano sempre più competenti e responsabili nell'individuare il concreto accesso anche proponendo e realizzando progetti e percorsi innovativi, migliorativi, sfidanti.	RES ECM	Interni/Esterni	>200		Assistente sanitario, Dietista, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere e pediatrico, Logopedista, Ortottista/Assistente di oftalmologia, Ostetrica/o, Tecnico audiometrista, Tecnico audioprotesista, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico di neurofisiopatologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico sanitario di radiologia medica.	>200	1	una giornata	
28	PROF	Piattaforma delle Cure Emergenza Urgenza	Schreiber Silvana	Gestire l'emergenza-urgenza e allenare la pratica	Schreiber Silvana	18	Allenare le pratiche assistenziali in emergenza-urgenza: simulazione di avvenimenti critici in emergenza-urgenza in ambito intensivistico neonatale e pediatrico e/o training presso aree assistenziali specialistiche di riferimento	FSC ECM	interni, esterni	26-50	Interni/esterni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ostetrica/o	26-50	1	più di una giornata	
29	PROF	Piattaforma delle Cure Emergenza Urgenza	Schreiber Silvana	L'eccellenza nell'offerta delle cure assistenziali in emergenza-urgenza: approfondimenti clinico-assistenziali	Schreiber Silvana	18	Considerando la peculiarità dell'assistenza, l'importanza della presa in carico, la necessità di avviare con precisione e rapidità interventi efficaci ed efficienti e la rapida evoluzione clinica del paziente critico è fondamentale oltre all'acquisizione di pratiche, tecniche e conoscenze avanzate ed aggiornate, la condivisione dei percorsi assistenziali specifici di ogni paziente con i diversi professionisti esperti del settore.	FSC ECM	interni, esterni	51-100	interni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ostetrica/o	51-100	1	più di una giornata	
30	PROF	Piattaforma delle Cure Emergenza Urgenza Area Rianimazione	Schreiber Silvana	Evidence Based Practice sulla gestione della tracheostomia pediatrica	Dittura Loredana	18	La tracheostomia viene gestita diversamente da ogni singola struttura/area assistenziale, è quindi necessario rendere omogenea la gestione all'interno dell'IRCCS	RES ECM	interni	<25	Interni/esterni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ostetrica/o	<25	1	una giornata	
31	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche	Debelli Martina	Confronti tematici sui processi di cura ostetrico-ginecologici	Debelli Martina Piazza Maria	8	Lavorare insieme per raggiungere obiettivi comuni, richiede consapevolezza del proprio ruolo e degli altri, reciproco rispetto dei partecipanti, efficaci relazioni di comunicazione. Queste condizioni possono portare al miglioramento delle pratiche di cura e dei percorsi di presa in carico	FSC ECM	interni	26-50	interni	Medico chirurgo, Ostetrica/o, Infermiere	Ginecologia e ostetricia	26-50	1	più di una giornata
32	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche Area Degenza Ginecologica e Area Diurna Ginecologica	Lionetti Daniela	Menopausa: gestione multidisciplinare degli aspetti fisiologici, clinici, assistenziali e riabilitativi	Debelli Martina Lionetti Daniela	18	La menopausa è una delle fasi molto importanti nella vita della donna, che se pur del tutto naturale, comporta dei cambiamenti inevitabili e significativi sotto diversi aspetti; pertanto per poter dare delle risposte sanitarie appropriate è necessario che l'equipe multidisciplinare maturi competenze specifiche.	RES ECM	interni, esterni	26-50	Interni/esterni	Medico chirurgo, Ostetrica/o, Infermiere	Ginecologia e ostetricia	26-50	3	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
33	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche Area Degenza Ginecologica e Area Diurna Ginecologica - PMA	Lionetti Daniela	Aggiornamento continuo dell'attività di assistenza ostetrica in PMA omologa ed eterologa	Lionetti Daniela Borme Nevena	18	Il continuo sviluppo di nuove pratiche in ambito della Procreazione Medicalmente Assistita richiede di rafforzare ed implementare le conoscenze in materia normativa, organizzativa e documentale al fine di garantire la sicurezza delle coppie che accedono alla struttura.	FSC ECM	interni	<25	interni	Ostetrica/o		<25	1	più di una giornata
34	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità	Cassone Andrea	La gestione della ventilazione non invasiva in pediatria	Sartori Roberta	18	Il miglioramento della prognosi delle patologie ad alta complessità con compromissione della funzionalità respiratoria deve avvalersi anche sul contributo riabilitativo.	FSC ECM	interni,esterni	<25	Interni/esterni	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Pediatria	<25	1	più di una giornata
35	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità Area Degenza Chirurgica	Cassone Andrea Di Rocco Paola	Update in Chirurgia pediatrica multispecialistica: aspetti peculiari dell'assistenza	Di Rocco Paola Schleefer Jurgen	18	Le recenti innovazioni in campo chirurgico e la presa in carico di nuove tipologie di pazienti postchirurgici richiedono un aggiornamento del personale di assistenza.	RES ECM	interni	26-50	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Tecnico audiometrista		26-50	1	più di una giornata
36	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità Area Degenza ad Alta Complessità Pediatrica	Cassone Andrea Strajn Tamara	Presa in carico del paziente affetto da patologia neuropsichiatrica con particolare attenzione ai disturbi dell'umore, comportamento deviante e DCA	Strajn Tamara	8	Alla luce dell'aumento di accessi in Istituto di adolescenti con disagio psico-sociale, disturbi del comportamento o sofferenza psichiatrica, tenuto conto anche degli effetti della pandemia che stanno interessando l'età evolutiva, si rende necessario ripensare, tarare o implementare dei modelli di Cura e/o tecniche relazionali specifiche che rispondano in termini di sicurezza, efficacia ed appropriatezza ai bisogni espressi o inespressi degli adolescenti in crisi.	FSC ECM	interni,esterni	26-50	Interni/esterni	Educatore professionale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo	Neuropsichiatria infantile,Pediatria,Privo di specializzazione	<25	2	una giornata
37	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche	Debelli Martina	Accoglienza della donna vittima di violenza	Debelli Martina Piazza Maria	12	Il nostro Istituto lavora da anni con un team multidisciplinare contro la violenza alle donne. La sensibilizzazione e la formazione sulle corrette modalità di approccio alle vittime di violenza può essere decisivo per la donna per affrontare la situazione avvalendosi di tutte le competenze ed aiuto che le diverse figure professionali possono attuare.	RES ECM	interni,esterni	26-50	Interni/esterni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo	Ginecologia e ostetricia,Privo di specializzazione	<25	2	una giornata
38	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità Area Pediatrica Diurna	Cassone Andrea	Update in assistenza infermieristica nell'Area Pediatrica Diurna: nuovi approcci in ambito clinico-assistenziali	Terentieva Ioulia	18	E' necessario promuovere incontri formativi sui temi più attuali e concreti in ambito clinico-assistenziale pediatrico alla luce delle più aggiornate evidenze scientifiche.	FSC ECM	interni	<25	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico		<25	1	più di una giornata
39	PROF	Piattaforma dei Servizi	Vascotto Fulvia	Acquisizione di competenze tecnico-diagnostiche minime in campo laboratoristico	Vascotto Fulvia	18	In caso di risorse ridotte è necessario individuare possibili approcci diagnostici in base ai diversi percorsi tecnico-assistenziali e garantire le prestazioni	FSC ECM	interni	<25	interni	Tecnico sanitario laboratorio biomedico		<25	1	più di una giornata
40	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Study day of best practices	Bicego Livia	18	I percorsi assistenziali devono essere sostenuti da comprovate evidenze scientifiche al fine di concretizzare adeguatezza ed appropriatezza	FSC ECM	interni,esterni	51-100	interni	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ostetrica/o		26-50	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
41	GESTORG	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Ruolo e funzioni dell'operatore socio-sanitario nel team di cura	Bicego Livia	9	Il rapporto professionale tra infermieri/ostetriche e operatori socio-sanitari viene visto da molti con uno spirito conflittuale. In realtà le loro attività dovrebbero compenetrarsi e fondersi in un'unica dimensione dell'assistenza. L'operatore socio sanitario fa parte del personale di supporto che va guidato ed istruito e va continuamente valutato per le sue capacità tecnico-pratiche, senza dimenticare che dietro la divisa vi è un essere dotato di pensiero critico, di coscienza e conoscenze	RES ECM	interni	26-50	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica/o		26-50	1	una giornata
42	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	I Laboratori della Cura tra protagonismo, esiti e compromissione	Bicego Livia	8	Al fine di sensibilizzare ed incrementare l'attività di miglioramento sviluppata e condotta all'interno della SC Direzione delle Professioni Sanitarie, Piattaforme ed Aree di coordinamento, sarà dato spazio alla presentazione dei progetti avviati o in fase di avvio al fine di aumentare la visibilità nell'ottica di sostenere consapevolezza ed appartenenza ad un Istituto che da sempre fonda i suoi principali valori nella cura e nella ricerca traslazionale	RES ECM	interni, esterni	>100	Interni/esterni	Dietista, Fisioterapista, Igienista dentale, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ortottista/Assistente di oftalmologia, Ostetrica/o, Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico sanitario di radiologia medica		>100	1	una giornata
43	REL	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Laboratorio di formazione narrativa in ambito ostetrico-neonatale	Bicego Livia	12	I laboratori di formazione narrativa favoriscono lo sviluppo della capacità riflessiva e meta-riflessiva e possono essere percepiti come una strategia di empowerment dell'agire professionale in ambito ostetrico-neonatale	FSC ECM	esterni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica/o		<25	1	più di una giornata
44	REL	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Laboratorio di formazione narrativa in ambito pediatrico multiprofessionale	Bicego Livia	12	I laboratori di formazione narrativa favoriscono lo sviluppo della capacità riflessiva e meta-riflessiva e possono essere percepiti come una strategia di empowerment dell'agire professionale in ambito pediatrico multiprofessionale.	FSC ECM	esterni	<25	interni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ortottista/Assistente di oftalmologia, Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico sanitario di radiologia medica		<25	1	più di una giornata
45	STRAT	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Professioni sanitarie, piattaforme della cura, aree assistenziali e aree tecnico-assistenziali: condivisioni di punti di forza e criticità	Bicego Livia	11	Promuovere e rafforzare percorsi di consapevolezza, autodeterminazione, empowerment e protagonismo dell'utente, avvicinare il processo decisionale al soggetto in cura, renderlo accessibile e comprensibile, promuovere e realizzare le condizioni migliori per assicurare esiti di cura ed assistenziali adeguati, appropriati, efficaci, efficienti e sicuri, rappresenta una condizione sine qua non per una Direzione delle Professioni Sanitarie evoluta ed attenta ad un innovativo management.	FSC ECM	interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica/o, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica		<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
46	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Evidence Based Practice: metodologie e strumenti per le Professioni Sanitarie - corso base	Buchini Sara	1	Strumenti e metodi EBP, ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica e integrazione delle decisioni clinico-assistenziali, devono costituire parte integrante del curriculum di tutti i professionisti sanitari - corso base.	RES ECM	interni,esterni	<25	interni	Dietista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o, Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica		<25	2	una giornata
47	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Metodologia della ricerca scientifica - corso avanzato	Buchini Sara	1	Strumenti e metodi EBP, ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica e integrazione delle decisioni clinico-assistenziali, devono costituire parte integrante del curriculum di tutti i professionisti sanitari - corso avanzato	RES ECM	interni,esterni	<25	interni	Dietista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o, Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica		<25	1	una giornata
48	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	UFA, antiblastici ed isolatore: teoria e pratica in sicurezza	Longo Antonella Davide Zanon altro esterno da definire	18	Al fine di uniformare le pratiche di preparazione degli antiblastici appare necessario una formazione specifica	FSC ECM	interni,esterni	26-50	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico	Pediatria,Privo di specializzazione	26-50	2	più di una giornata
49	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche	Debelli Martina	Il travaglio di parto in acqua: la gestione non farmacologica del dolore	Debelli Martina	18	Ogni Punto Nascita dovrebbe garantire procedure per il controllo e gestione del dolore in travaglio non farmacologiche e farmacologiche secondo procedure codificate a livello aziendale. Offrire alle gravide, che accedono al punto nascita dell'IRCCS Burlo Garofolo per partorire, l'opportunità di controllare e gestire il dolore da parto con un metodo alternativo, ovvero quello dell'immersione in acqua favorendo così un approccio olistico nell'esperienza del parto. Offerta che deve essere garantita in condizioni di massima sicurezza e tutela per salute della donna e quella del neonato. Questo obiettivo può essere raggiunto esclusivamente attraverso la formazione degli operatori	FSC ECM	interni,esterni	<25	interni	Ostetrica/o		<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
50	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche	Debelli Martina	I prodromi e le fasi di transizione del travaglio	Debelli Martina Piazza Maria	18	I prodromi e le fasi di transizione del travaglio sono i periodi più variabili e soggettivi del parto. Devono perciò essere accompagnati con il supporto ostetrico, che valorizza sia l'esperienza attiva della donna che il professionista sanitario	RES ECM	esterni	25-50	interni	Ostetrica/o		26-50	2	una giornata
51	PROF	Piattaforma delle Cure Ostetrico-Ginecologiche	Debelli Martina	Assistenza ostetrica nel perioperatorio	Debelli Martina Paternostro Elena	18	I progressi strumentali e farmacologici nell'ambito dell'anestesia necessitano di aggiornamento continuo delle professioniste ostetriche, al fine di garantire la sicurezza nelle procedure chirurgiche con anestesia generale e/o locoregionale	FSC ECM	interni	25-50	interni	Ostetrica/o		26-50	1	più di una giornata
52	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità	Cassone Andrea	Esperienze e competenze avanzate nei percorsi di Cura nell'ambito della Piattaforma pediatrica ad alta complessità	Cassone Andrea	18	Fare esperienza in altre Aree di Cura permette al Professionista di migliorare e condividere competenze specifiche e specialistiche e uniformare i comportamenti	FSC ECM	interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico		<25	1	più di una giornata
53	PROF	SC Neonatologia	Travan Laura	Integrazione tra Pediatri di Libera Scelta e Pediatri Neonatologi su tematiche di neonatologia	Travan Laura	9	La tutela della salute di soggetti fragili come quella del neonato ex pretermine e con patologia congenita richiede lo sviluppo di modalità organizzative fortemente integrate tra pediatri neonatologi dell'IRCCS Burlo Garofolo e Pediatri di Libera Scelta finalizzate a garantire la continuità nella presa in carico.	FSC ECM	Interni/Es terni	<25	Interni/es terni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Neonatologia, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Privo di specializzazione	<25	1	mezza giornata
54	PROF	SC Neonatologia	Travan Laura	Protocollo e linee guida per l'assistenza al neonato a rischio	Travan Laura	18	Condividere strategie clinico assistenziali e procedure all'interno della struttura sostenute dalle recenti evidenze scientifiche	FSC ECM	Interni	26-50	interni	Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica, Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Continuità assistenziale, Direzione medica di presidio ospedaliero, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genetica medica, Ginecologia e ostetrica, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, Medicina trasfusionale, Microbiologia e virologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Psicoterapia, Radiodiagnostica, Reumatologia, Urologia, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
55	PROF	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Amadeo Alessandro	Quadri clinico assistenziali complessi in Pronto Soccorso pediatrico	Alessandro Amadeo/ Schreiber Silvana	18	Discussione sulla gestione di casi clinico-assistenziali complessi ed analisi delle scelte e dei comportamenti adottati dal personale sanitario	FSC ECM	interni		interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Pediatria			più di una giornata
56	PROF	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Amadeo Alessandro	Trattamento dell'urgenza respiratoria con ventilazione noninvasiva e CPAP	Alessandro Amadeo/ Stefania Norbedo	18	necessità di sapere avviare e gestire l'urgenza respiratoria con ventilazione non invasiva e CPAP	FSC ECM	interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Privo di specializzazione	<25	2	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
57	PROF	SSD Farmacia	Arbo Anna	Regolamento (UE) 2017/745 dispositivi medici e dispositivo vigilanza	Anna Arbo/Marta Paulina Trojniak	25	Introduzione al nuovo regolamento europeo su Dispositivi Medici applicazione del regolamento e Vigilanza dispositivi medici	FSC ECM	Interni/Es terni	<25	interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	3	più di una giornata
58	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Le Good Clinical Practices per le sperimentazioni cliniche	Elisabetta Danielli	18	Obblighi normativi in materia di mantenimento delle competenze in materia di sperimentazione clinica di Fase I	FSC ECM	Interni	26-50	interni	Tutte le professioni	Anestesia e rianimazione,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Laboratorio di genetica medica,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Oncologia,Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia),Pediatria,Radiodiagnostica	26-50	1	più di una giornata
59	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Certificazioni, autorizzazioni, accreditamenti dell'IRCCS: il ruolo della struttura SC Ingegneria clinica, Informatica ed Approvvigionamenti	Sara Zucca	34	Il turn over della struttura non consente il consolidamento della cultura di base del suo staff in materia di certificazioni e accreditamento	FSC ECM	Interni	<25	interni	Biologo,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro		<25	1	più di una giornata
60	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Qualificazione degli impianti/attrezzature e convalida di processi nel Centro PMA di II/III livello	Elisabetta Danielli	34	La qualificazione di impianti e attrezzature nonch� la convalida dei processi � un processo necessario a dimostrare la qualit� e sicurezza di impianti, attrezzature e processi clinici e laboratoristici, come richiesto dalle norme applicabili ai Centri PMA.	FSC ECM	Interni	<25	interni	Biologo,Infermiere,Medico chirurgo,Psicologo,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Ginecologia e ostetricia	<25	1	più di una giornata
61	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Evoluzione dei Programmi Trapianti	Elisabetta Danielli	34	Per mantenere la certificazione del Programma Trapianti � necessario svolgere formazione continua e rinnovare le conoscenze relative agli standard applicabili. Inoltre tali standard sono aggiornati periodicamente dagli enti erogatori.	RES ECM	esterni	<25	interni	Biologo,Farmacista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Igiene, epidemiologia e sanit� pubblica,Medicina legale,Oncologia,Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia),Pediatria	<25	2	più di una giornata
62	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Certificazione delle Biobanche	Elisabetta Danielli	34	In quanto IRCCS, il Ministero della Salute ci chiede di certificare le biobanche dell'Istituto. La certificazione attuale � normata dalla ISO 20387 la cui verifica � assegnata ad ACCREDIA. Il percorso di certificazione � complicato e implica numerose ore di formazione.	FSC ECM	Interni	<25	interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	più di una giornata
63	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	La documentazione clinica nella sperimentazione clinica di Fase I	Elisabetta Danielli	3	La documentazione clinica della SC Oncoematologia, dove � sita l'Unit� di Fase I, ha la necessit� di essere integrata per i trattamenti dei pazienti pediatrici con farmaci di fase I	FSC ECM	Interni	<25	interni	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione,Ematologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Igiene, epidemiologia e sanit� pubblica,Medicina legale,Oncologia,Pediatria	<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
64	PROF	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Ricci Giuseppe	Genitorialità transgender	Ricci Giuseppe	18	Nell'ambito dell'evento si tratteranno i peculiari bisogni delle persone transgender nell'arco ciclo di vita. A partire dalla manifestazione della disforia di genere in età pediatrica all'eventuale avvio delle terapie ormonali e alle successive azioni cliniche più appropriate. I bisogni clinici dei soggetti transgender includono l'intervento di professionisti medici e psicologi, in una prospettiva di lavoro multidisciplinare e integrata, nei diversi snodi esistenziali della persona. Uno degli snodi esistenziali della persona, riguarda il desiderio genitoriale e la genitorialità, non previsto dalla nostra legislazione italiana, diversamente da altri paesi, per le persone transgender. Nel corso dell'evento formativo si intende approcciare l'argomento sul piano medico e psicologico e avviare un confronto tra professionisti.	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni/es terni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	1	una giornata
65	PROF	SC Anestesia e Rianimazione	Sagredini Raffaella	Topics in Anestesia e Rianimazione	Sagredini Raffaella/Savron Fabio	18	Mantenere aggiornate le skills necessarie a gestire aspetti clinico assistenziali peculiari dell'area intensiva	FSC ECM	Interni/Es terni	<25	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione	<25	1	più di una giornata
66	PROF	SC Anestesia e Rianimazione	Sagredini Raffaella	Anestesia locoregionale nel bambino: teoria e pratica	Sagredini Raffaella	18	L'anestesia locoregionale è parte integrante dell'anestesia pediatrica moderna	FSC ECM	Interni/Es terni	<25	Interni/es terni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione	<25	1	più di una giornata
67	PROF	SC Anestesia e Rianimazione	Sagredini Raffaella	CKRT: indicazioni, gestione, protocolli	Sagredini Raffaella	18	La terapia sostitutiva renale (CKRT) è da considerarsi in particolari condizioni, trattamento salvavita dei pazienti critici in terapia intensiva	FSC ECM	Interni/Es terni	26-50	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Cardiologia,Chirurgia pediatrica,Nefrologia,Neuropsichiatria infantile,Oncologia,Pediatria,Reumatologia	26-50	1	più di una giornata
68	STRAT	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Ronfani Luca	Progetto IMAGINE (ImprovingMaternalNewborn Care)	Lazzerini Marzia	12	Garantire un'adeguata qualità delle cure materne infantili è un obiettivo primario di "Health 2020"; già nel 2016 l'OMS ha sviluppato nel 2016 gli "Standard per migliorare la qualità delle cure materne infantili", la cui conoscenza in Italia è limitata	FSC ECM	Interni	26-50	Interni/es terni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o	Ginecologia e ostetricia,Neonatologia,Pediatria,Privo di specializzazione	26-50	1	più di una giornata
69	GESTORG	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Ronfani Luca	Sviluppo delle attività dell'Institutional Review Board dell'IRCCS Burlo Garofolo	Ronfani Luca	35	L'Institutional Review Board dell'IRCCS Burlo Garofolo (IRB-Burlo), istituito nel 2020, si trova ad affrontare oggi nuove sfide legate alla riorganizzazione prevista dal nuovo Atto Aziendale dell'Istituto e dall'avvio delle sperimentazioni di Fase I, che prevedono l'istituzione presso l'Istituto di un Clinical Trial Quality Team. il presente progetto si propone quindi di supportare lo sviluppo delle nuove attività che vedono il coinvolgimento dell'IRB-Burlo, contribuendo all'utilizzo razionale delle risorse disponibili	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Biologo,Farmacista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Direzione medica di presidio ospedaliero,Farmacologia e tossicologia clinica,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Pediatria	<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
70	PROF	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Ronfani Luca	L'alimentazione in gravidanza: il sostegno dell'ospedale e del territorio	Pani Paola, Carletti Claudia, Concina Federica		Partendo dai dati epidemiologici regionali relativi allo stato ponderale della donna in gravidanza e considerato il ruolo chiave dell'alimentazione per la salute della gestante e del nascituro, si evidenzia la necessità di uniformare le conoscenze e le pratiche in ambito nutrizionale tra operatori sanitari di ospedale e territorio.	RES ECM	Interni/Esterni	51-100	Interni/esterni	DIETISTA, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Medico chirurgo, Ostetrica, Assistente sanitario, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Psicologo, Biologo	Ginecologia ed ostetricia, neonatologia, Pediatria, Igiene, Epidemiologia e sanità pubblica, Igiene degli alimenti e dell'alimentazione, Malattie metaboliche e diabetologia; medicina Generale, Continuità Assistenziale, Scienza dell'alimentazione e dietetica	26-50	2	mezza giornata
71	PROF	SC U Clinica Pediatrica	Barbi Edigio	La scala ACCAPED come strumento d'identificazione e valutazione dei bambini eleggibili alle cure palliative pediatriche	De Zen Lucia	3	Le cure palliative neonatali, pediatriche ed adolescenziali necessitano di modelli di sviluppo della continuità ed integrazione ospedale-territorio in particolare nell'approccio delle Professioni Sanitarie. L'occasione sarà utile alla presentazione di uno strumento per la valutazione dei pazienti pediatrici in situazioni cliniche di inguaribilità e/o cronicità, per identificarne i bisogni complessi e guidare gli operatori sanitari nella scelta del progetto assistenziale da pianificare ed attuare. avere uno strumento che indirizzi l'operatore nella valutazione dei bisogni rappresenta un aiuto importante da un punto di vista metodologico e permette di individuare correttamente i Servizi adeguati a rispondere ai bisogni specifici di ogni bambino.	RES ECM	Interni/Esterni	<25	Interni/Esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	3	mezza giornata
72	STRAT	SC U Clinica Pediatrica	Barbi Edigio	La rete regionale di cure palliative pediatriche: dall'identificazione all'organizzazione dei servizi	De Zen Lucia	9	Il centro di riferimento della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche è l'IRCCS Burlo Garoflo, che ha il mandato regionale di formare e coinvolgere il personale di tutte le aziende sanitarie. L'attività formativa è rivolta in modo privilegiato al territorio dell'ASUFC, che ha un ampio bacino di utenza.	RES ECM	Interni/Esterni	51-100	Esterni	Dietista, Educatore professionale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Odontoiatra, Psicologo	Anestesia e rianimazione, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta)	<25	3	mezza giornata
73		SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Ronfani Luca	Le cure che nutrono (Nurturing Care)	Milincio Mariarosa	10	Una mole crescente di evidenze scientifiche in campi disciplinari diversi, dalle neuroscienze all'economia, ha cambiato radicalmente il nostro modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (Early Child Development ECD), facendoci comprendere i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppare appieno il potenziale di sviluppo nei primi anni, i vantaggi degli interventi precoci, e quindi la necessità di investire maggiormente in salute, nutrizione, educazione precoce, protezione sociale in questo periodo cruciale della vita.	RES ECM	Interni/Esterni	<25	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
74	PROF	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Bicego Livia	Managerialità e leadership nei servizi sanitari	Bicego Livia	11	La leadership infermieristica assume un ruolo fondamentale nell'influenzare la percezione che gli infermieri hanno della propria organizzazione. E' necessaria una leadership che coinvolga ed incoraggi, ovvero l'empowering leadership.	RES ECM	Interni/Es terni	<25	Interni/es terni	Dietista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o, Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica		<25	1	una giornata
75	PROF	SSD Odontostomatologia	Cadenaro Milena	Aggiornamento specifico sulla gestione del paziente con disabilità	Cadenaro Milena	10	Implementare la gestione del paziente con disabilità, in un percorso multidisciplinare dalla nascita all'età adulta	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Assistente sanitario,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Psicologo	Anestesia e rianimazione,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Direzione medica di presidio ospedaliero,Medicina generale,Oftalmologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Psichiatria	51-100	1	una giornata
76	PROF	SSD Odontostomatologia e SC Otorinolaringoiatria e audiologia	Cadenaro Milena e Orzan Eva	Il percorso clinico assistenziale dei bambini portatori di malformazioni maxillo facciali e auricolari : la gestione multiprofessionale	Domenico Scopelliti	18	Implementare l'attività chirurgica dell'Istituto con la correzione delle labio-palato-schisi e delle malformazioni dell'orecchio esterno.	FSC ECM	Esterni	<25	Interni	Medico chirurgo Odontoiatra	Chirurgia maxillo-facciale, audiologia e foniatría, chirurgia pediatrica, neonatologia, pediatria.	<25	1	più di una giornata
77	PROF	SSD Farmacia	Arbo Anna	Aspetti farmacologici e tossicologici in galenica clinica	Zanon Davide	18	la personalizzazione della terapia farmacologica passa per l'attenta analisi e conoscenza della malattia e delle caratteristiche del paziente. Allo stesso tempo gestire un laboratorio galenico implica estrema attenzione ad ogni processo produttivo e conoscenza dei rischi che l'operatore corre	RES ECM	Interni	<25	Interni	Farmacista,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico	Tutte le discipline	<25	1	più di una giornata
78	PROF	SSD Odontostomatologia	Cadenaro Milena	Aggiornamento specifico sulla gestione del paziente con labiopalatoschisi:il percorso multidisciplinare	Cadenaro Milena	18	Implementare la gestione ortodontica e ortopedica-facciale del bambino (naso-alveolar-molding) con labiopalatoschisi dalla nascita a fine crescita	RES ECM	Esterni	<25	Interni	Assistente sanitario,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ostetrica/o,Psicologo	Anestesia e rianimazione,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Radiodiagnostica	<25	1	più di una giornata
79	PROF	SSD Gravidanza a rischio	Maso Gianpaolo	Corso teorico-pratico sull'interpretazione del tracciato cardiocografico	Maso Gianpaolo	1	Investire in un corso che si pone l'obiettivo di fornire ai partecipanti i presupposti di fisiopatologia per un corretto utilizzo di questa tecnica durante il travaglio di parto	RES ECM	Interni	26-50	Interni/es terni	Medico chirurgo,Ostetrica/o	Anestesia e rianimazione,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ginecologia e ostetricia,Medicina legale,Neonatologia,Privo di specializzazione	26-50	2	mezza giornata
80	PROF	SSD Gravidanza a rischio	Maso Gianpaolo	Valutazione critica della gestione della gravidanza ad alto rischio	Maso Gianpaolo	1	Condivisione nell'équipe clinica del percorso gestionale riguardante la gravidanza ad alto rischio	FSC ECM	Interni	<25	interni	Medico chirurgo,Ostetrica/o	Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Privo di specializzazione	<25	1	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
81	PROF	SSD Gravidanza a rischio	Maso Gianpaolo	Gravidanza ad alto rischio: la multidisciplinarietà per il miglioramento dell'assistenza e qualità delle cure	Maso Gianpaolo	8	Condivisione del percorso gestionale riguardante la gravidanza ad alto rischio con le diverse professionalità coinvolte	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni/es terni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Ostetrica/o	Tutte le discipline	26-50	2	mezza giornata
82	GESTORG	SSD Gravidanza a rischio	Maso Gianpaolo	Integrazione fra ospedale e territorio nella gestione della gravidanza a rischio	Maso Gianpaolo / Bernardon Maria	18	L'integrazione fra professionisti del punto nascita e professionisti del territorio è indispensabile per garantire efficienza e coerenza di invio ed accesso delle pazienti presso il servizio diurno e il Day Hospital Ostetrico; tale aspetto diventa ancora più preminente nel periodo di pandemia Covid-19	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni/es terni	Assistente sanitario, Ostetrica, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Psicologo	Tutte le discipline	26-50	2	mezza giornata
83	STRAT	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Ronfani Luca	I Convegno Nazionale della Italian GBD Initiative: le analisi sulle stime Global Burden of Disease 2021	Monasta Lorenzo	31	Dal 2016, l'IRCCS Burlo Garofolo coordina il network nazionale denominato Italian GBD Initiative. Fanno formalmente parte del network venti enti di ricerca, e vi aderiscono circa 150 ricercatori. Le stime del Global Burden of Disease sono estremamente utili alla pianificazione e alla ricerca. Con il rilascio delle stime GBD 2021, a Marzo 2023, verranno pubblicate stime regionali per l'Italia. I ricercatori italiani si sono impegnati a pubblicare una serie di analisi su tali stime. Questo convegno sarà un momento utile a presentare i risultati di tali analisi in previsione delle pubblicazioni scientifiche.	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	51-100	1	mezza giornata
84	GESTORG	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP	Fari Barbara	L'accesso alle prestazioni sanitarie per gli utenti sprovvisti d'iscrizione al SSN	Fari Barbara	15	Acquisizione, per coloro che gestiscono il percorso clinico del paziente sprovvisto d'iscrizione al SSN, di tutte le informazioni utili per operare con semplicità ed explicitazione della procedura	RES ECM	Interni	26-50	Interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Odontoiatra, Ortottista/Assistente di oftalmologia, Ostetrica/o, Psicologo, Tecnico audiometrista, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica, Anestesia e rianimazione, Biochimica clinica, Cardiologia, Chirurgia pediatrica, Dermatologia e venereologia, Direzione medica di presidio ospedaliero, Ematologia, Endocrinologia, Farmacologia e tossicologia clinica, Gastroenterologia, Genetica medica, Ginecologia e ostetrica, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Malattie metaboliche e diabetologia, Microbiologia e virologia, Neonatologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia), Pediatria, Radiodiagnostica, Privo di specializzazione	26-50	2	mezza giornata
85	GESTORG	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP	Fari Barbara	Il sistema informativo ospedaliero	Fari Barbara/ Deluca Francesca	17	Formazione su aspetti riguardanti i sistemi informatici e informativi aziendali e sulle tematiche di privacy e sicurezza informatica	RES ECM	Interni	26-50	Interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Odontoiatra, Ort	Allergologia ed immunologia clinica, Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Biochimica clinica, Cardiologia, Chirurgia pediatrica, Dermatologia e	26-50	2	una giornata
86	PROF	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Ricci Giuseppe	PDTA del tumore della cervice uterina in area giuliano isontina	Ricci Giuseppe	3	Presso l'IRCCS è stato formalizzato il PDTA per la gestione della donna con tumore della cervice uterina in area giuliano isontina ed è quindi necessario definire e condividere con i professionisti coinvolti le nuove procedure.	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni/es terni	tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	1	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
87	PROF	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Ricci Giuseppe	Isteroscopia operativa ambulatoriale	De Santo Davide	18	La letteratura evidenzia che l'isteroscopia operativa vaginale in DH garantisce lo stesso confort analgico dell'isteroscopia in sedazione. Per offrire standard di qualità è necessario l'aggiornamento continuo a beneficio delle pazienti e delle strutture sanitarie	RES ECM	Interni/Es terni	>100	Interni/es terni	Assistente sanitario, Infermiere, Medico chirurgo, Ostetrica/o, Psicologo	Anestesia e rianimazione, Ginecologia e ostetricia, Neurologia, Psichiatria, Psicoterapia, Urologia	>100	1	una giornata
88	PROF	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Ricci Giuseppe	Energy in gynecological laparoscopic surgery	Federico Romano	18	Il progresso tecnologico utilizza il digitale per migliorare le tecniche chirurgiche e gli esiti sul paziente, oltre che favorire il confort dell'operatore	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Infermiere, Ostetrica, medico chirurgo	Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Ginecologia e	51-100	1	una giornata
89	PROF	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Ricci Giuseppe	Hysteroscopic Summer School	Ricci Giuseppe/De santo Davide/ Di Lorenzo Giovanni	18	L'IRCCS Burlo Garofolo è un ospedale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore pediatrico ed in quello della tutela della maternità e della salute della donna, che persegue finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione dei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze.	FSC ECM	Interni	6	Esterni	medico chirurgo	Ginecologia ed ostetricia. Privo di specializzazione	6	1	più di una giornata
90	PROF	SC U Clinica Pediatrica	Barbi Edigio	Identità di genere e dintorni in pediatria	Tornese Gianluca	22	L'identità di genere è una dimensione dell'identità sessuale e si riferisce alla persistente concezione personale di se stessi come maschio o femmina. Lo sviluppo dell'identità di genere non sempre è in accordo con il sesso biologico, pertanto - anche fin dalla tenera età - alcuni bambini non si identificano con il genere assegnato alla nascita (varianza di genere). In alcuni casi questa condizione può essere accompagnata da disagio (disforia di genere). I professionisti sanitari sono spesso il primo contatto che questi bambini/adolescenti hanno con il sistema sanitario, quindi dovrebbero essere in grado di rispondere alle domande delle loro famiglie e quando identificano una possibile disforia di genere dovrebbero saper affrontare questo disagio, indicando i percorsi più idonei.	RES ECM	Interni/Es terni	>100	Interni/es terni	tutte le professioni	Tutte le discipline	>100	2	mezza giornata
91	GESTORG	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Formazione specifica in materia di rifiuti sanitari a rischi infettivo e gestione della raccolta differenziata	Scolz Sabrina	26	Dopo un periodo di sopralluoghi svolto nelle attività di gestione dei rifiuti, si rende necessario un intervento di formazione specifica per riprendere, con i partecipanti, i concetti fondamentali che regolano la tenuta dei rifiuti speciali a rischio infettivo e la raccolta differenziata.	RES ECM	Interni/Es terni	<25	Interni	tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	3	mezza giornata
92	PROF	SC U Clinica Pediatrica	Barbi Edigio	Gestione del bambino con diabete in ospedale	Faleschini Elena	2	Il diabete in età pediatrica è in continuo aumento anche nelle fasce dei bimbi più piccoli al di sotto dei 4 anni. In Italia ci sono oltre 20000 bambini con diabete. Seppure sappiamo che ci possono essere anche in età pediatrica tutte le forme di diabete il diabete di tipo 1, è la forma predominante, infatti rappresenta il 90% dei casi. In questi ultimi anni si assiste a una vera e propria rivoluzione tecnologica nella gestione del diabete pediatrico. Questo richiede un continuo aggiornamento e costante nel personale sanitario per poter offrire un'assistenza adeguata secondo le più recenti linee guida.	RES ECM	Interni	<25	Interni/es terni	Assistente sanitario, Dietista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Tutte le discipline	<25	2	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
93	PROF	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Ricci Giuseppe	ART School	Ricci Giuseppe/Zito Gabriella	18	Sono trascorsi quasi 50 anni dalla prima nascita da fecondazione in vitro e notevoli sono stati i progressi sia nelle tecniche di laboratorio sia nei protocolli di diagnosi e cura dell'infertilità di coppia. La medicina della riproduzione rappresenta oggi un campo in continua evoluzione, in cui sono richieste competenze specifiche e continuo aggiornamento, al fine di ottimizzare sia il percorso diagnostico sia la gestione clinico-terapeutica delle coppie affette da infertilità.	FSC ECM	Interni/es terni	<25	Interni/es terni	Medico chirurgo	Ginecologia ed ostetricia - privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
94	Direzione Amministrativa	SS Politiche del Personale	Sincovich Serena	Formazione specifica del personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile	Sincovich Serena	2	Il CCNL del Comparto Sanità triennio 2019-2021 agli artt. 76 e seguenti disciplina il lavoro a distanza nominato come lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 come una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro previamente individuati dalle aziende. Processi e attività per i quali sussistono i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. In particolare l'art. 80 rubricato "Formazione nel lavoro agile" al comma 1 recita "al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del Piano della Formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione".	RES ECM	Interni	>100	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	4	Una giornata
95	Direzione Amministrativa	SS Politiche del Personale	Sincovich Serena	IL CCNL del Comparto Sanità triennio 2019-2021	Sincovich Serena	2	Informare e formare in merito alle novità del CCNL (diritti e doveri del dipendente)	RES ECM	Esterni	>100	interni	tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	3	intera giornata
96	Direzione Amministrativa	SS Politiche del Personale	Sincovich Serena, Vardabasso Martina	Il codice di comportamento e anticorruzione	Sincovich Serena	2	Informare e formare in merito alle novità introdotte dal Codice di Comportamento per i dipendenti	RES ECM	Esterni	>100	interni	tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	3	mezza giornata
97	REL	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Quando comunicare diventa difficile.	Toscani Paola	7	I motivi per cui è difficile comunicare sono molteplici i due aspetti fondamentali sono l'utilizzo delle parole, concetti che hanno un significato chiaro per l'emittente ma non sempre è garantito che abbiano lo stesso significato per il ricevente, il secondo aspetto è la quota emozionale della comunicazione, tanto più delicato è il contenuto trasmesso tanto più la carica emotiva aumenta.	RES ECM	Esterni	26-50	interni	tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	2	intera giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
98	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Dalla cartella clinica alla denuncia di reato: obblighi compilativi del professionista sanitario e profili di responsabilità	Toscani Paola/D'Errico Stefano	3	Il referto è l'atto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Sempre in ambito clinico, il termine referto indica una relazione scritta da un professionista sanitario che illustra al paziente i risultati degli esami effettuati[1], ovvero di un esame clinico o strumentale (r. radiologico, r. elettrocardiografico, r. elettroencefalografico, ecc.)	RES ECM	Interni/Es terni	26-50	Interni	Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica, Anatomia patologica, Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatría, Biochimica clinica, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Continuità assistenziale, Direzione medica di presidio ospedaliero, Ematologia, Endocrinologia, Farmacologia e tossicologia clinica, Gastroenterologia, Genetica medica, Ginecologia e ostetricia, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Malattie dell'apparato respiratorio, Malattie infettive, Malattie	26-50	1	mezza giornata
99	STRAT	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Rischio clinico: strumenti e modalità di analisi delle segnalazioni	Toscani Paola/D'Errico Stefano	6	Il rischio è parte integrante delle attività umane, sia negli ambienti di vita che di lavoro: risulta pertanto necessario introdurre e implementare le attività di "valutazione del rischio" e "analisi degli eventi avversi" nei processi organizzativi delle strutture sanitarie. La sicurezza dei pazienti è un obiettivo imprescindibile delle organizzazioni sanitarie, così come è enunciato in tutti i documenti di programmazione sanitaria nazionale. Nelle organizzazioni sanitarie la gestione del rischio deve coinvolgere sia il management che gli operatori della prima linea, a partire dall'integrazione della sicurezza dei pazienti negli obiettivi strategici dell'istituzione, fino a diventare parte integrante delle pratiche sanitarie e delle operazioni di supporto tecnico e amministrativo. Per diffondere capillarmente la cultura del rischio, gli operatori devono conoscerne il processo di gestione: dalla segnalazione dell'evento e dalle diverse modalità di analisi della segnalazione alle possibili azioni di miglioramento proposte.	RES ECM	Interni/es terni	26-50	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	3	mezza giornata
100	STRAT	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Il facility management nelle strutture sanitarie	Toscani Paola	6	Il Facility Management (traduzione letterale "gestione delle strutture") è una funzione lavorativa in azienda che ha il compito di gestire e coordinare lo spazio di lavoro in modo che sia funzionale e "comodo" per i dipendenti e che garantisca la sicurezza dell'utenza, nel perseguimento degli obiettivi core dell'azienda.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Tutte le professioni	tutte le discipline	<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
101	STRAT	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Antimicrobial stewardship: gestione coordinata e multidisciplinare in tema di resistenza antimicrobica	Toscani Paola/Comar Manola	8	Lo sviluppo e l'impiego degli antibiotici, ha rivoluzionato l'approccio al trattamento e alla prevenzione delle malattie infettive. Tuttavia, la comparsa di resistenze agli antibiotici è al momento più veloce dello sviluppo di nuove molecole terapeutiche diventando un problema prioritario di sanità pubblica a livello mondiale, non soltanto per le importanti implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ma anche per la ricaduta economica.	RES ECM	Interni/Es terni	51-100	Interni/es terni	Assistente sanitario,Biologo,Farmacista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o, Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Cardiochirurgia,Cardiologia,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Chirurgia plastica e ricostruttiva,Chirurgia toracica,Chirurgia vascolare,Continuità assistenziale,Dermatologia e venerologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Gastroenterologia,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Malattie dell'apparato respiratorio,Malattie infettive,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina generale,Microbiologia e virologia,Nefrologia,Neonatologia,Neurochirurgia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia),Pediatría,Pediatría (Pediatrí di libera scelta),Psichiatria,Urologia,Privo di specializzazione	50-100	1	una giornata
102	PROF	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Ricci Giuseppe	Aggiornamenti clinico - assistenziali in PMA	Ricci Giuseppe	2	Il continuo confronto e la discussione nel team multidisciplinare sulla gestione clinico - assistenziale dei casi di coppie infertili nell'ambito del percorso di PMA sono necessari per mantenere e/o implementare gli standard del Sistema Qualità del centro PMA dell'IRCCS Burlo Garofolo.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Medico,Ostetrica/o, Infermiere, Biologo, Psicologo	Ginecologia e ostetricia,Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
103	REL	Ufficio Continuità	Urriza Marianela	La continuità assistenziale nell'intervento psicologico ospedaliero	Zanello Elisa	12	Nella realtà dell'IRCCS materno-infantile Burlo Garofolo sono presenti diversi professionisti psicologi e psicoterapeuti assunti per lo svolgimento di specifici progetti con valenza clinica e/o di ricerca, con durata variabile, presso diverse strutture (di degenza, ambulatoriali, ecc.) dell'ospedale, con diverso livello di conoscenza rispetto alle specificità dell'attività professionale nel contesto ospedaliero pubblico	FSC ECM	Interni/Es terni	<25	Interni/es terni	Psicologo		<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
104	GESTORG	Direzione sanitaria	Toscani Paola	La gestione delle agende delle prestazioni specialistiche: implementazione delle competenze degli operatori.	Toscani Paola	35	Per rispondere in modo efficace ed appropriato all'utenza e al diverso contesto normativo, nel 2023 l'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP sarà diviso nelle sue funzioni in specifiche articolazioni aziendali, fra le quali l'Ufficio Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici. Per definire e costruire il modello organizzativo di riferimento e di governance sia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie che della gestione delle liste d'attesa, appare necessario organizzare un percorso formativo finalizzato ad omogeneizzare le conoscenze e le abilità degli operatori che quotidianamente utilizzano i sistemi applicativi, sia quelli in uso presso l'IRCCS o quelli che devono essere introdotti ex-novo.	FSC ECM	Esterni	<25	Interni	Infermiere, infermiere pediatrico, medico chirurgo	Tutte le specialità	<25	1	più di una giornata
105	PROF	Ufficio Continuità	Toscani Paola	La violenza sui minori: la realtà dell'IRCCS Burlo Garofolo	Novello Laura/Amaddeo Alessandro	18	La violenza sui minori è riconosciuta all'OMS come un problema di salute pubblica globale. E' necessario riconoscerla precocemente per evitare ulteriori vittimizzazioni	RES ECM	Interni/Esterni	51-100	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	3	mezza giornata
106	PROF	Ufficio Continuità	Urriza Marianela	Continuità assistenziale: come, quando e perché	Cragolin Elisa	8	La continuità assistenziale è necessaria in un'ottica olistica dei percorsi di cura, che mirano all'empowerment degli utenti, delle famiglie e degli operatori sanitari coinvolti.	RES ECM	Interni/Esterni	<25	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	mezza giornata
107	REL	Ufficio Continuità	Urriza Marianela	Continuità assistenziale: gestire la comunicazione e la relazione nelle situazioni complesse	Zanello Elisa	12	La comunicazione è un processo circolare, interattivo, che richiede competenza e i cui valori quali consapevolezza, relazione, reciprocità, condivisione, empatia...sono fondamentali per garantire una collaborazione tra le diverse figure professionali al	FSC ECM	Interni/Esterni	<25	Interni/esterni	Educatore professionale, Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Ostetrica/o, Psicologo	Anestesia e rianimazione, Chirurgia pediatrica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia e ostetricia, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Neonatologia, Neuropsichiatria infantile, Oncologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psicoterapia, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
108	PROF	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Ricci Giuseppe	Percorso formativo in chirurgia ginecologica	Romano Federico	18	Le innovazioni tecnologiche consentono di rispondere efficacemente alla maggior complessità clinica e chirurgica. L'elevata casistica di interventi ha consentito di maturare al team chirurgico un'expertise riconosciuta sia a livello regionale che extra-regionale, con la richiesta di colleghi che chiedono di poter frequentare la struttura con un tirocinio osservazionale appositamente organizzato.						Chirurgia generale, Chirurgia pediatrica, Ginecologia e ostetricia, Urologia			

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obnazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
109	STRAT	Direzione Scientifica	Zeviani Massimo	La diffusione della conoscenza tra i ricercatori come elemento di miglioramento dell'attività di ricerca di un IRCCS	Zeviani Massimo	8	La conoscenza delle linee di ricerca e delle attività e progetti svolti dai diversi gruppi di ricercatori presenti presso l'Istituto è di fondamentale importanza per aumentare la circolazione delle idee, fornire nuove chiavi di interpretazione dei risultati e generare nuove ipotesi e opportunità di ricerca. Lo scambio di informazioni e il confronto permette inoltre di migliorare l'integrazione tra i diversi gruppi di ricerca.	FSC ECM	Interni	26-50	Interni	Biologo/Biotecnologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/O, Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatría,Biochimica clinica,Cardiologia,Chirurgia pediatrica,Direzione medica di presidio ospedaliero,Farmacologia e tossicologia clinica,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Microbiologia e virologia,Neonatalogia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Otorinolaringoiatria,Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia),Pediatría,Psichiatria	26-50	1	più di una giornata
110	GESTORG	Direzione Sanitaria	Toscani Paola	Condivisione dei protocolli di emergenza per l'antincendio l'evacuazione catastrofi e calamità e gestione delle maxi emergenze adottati presso IRCCS Burlo Garofolo	Toscani Paola/Russian Stefano/Bicego Livia	2	L'evento formativo è finalizzato all'organizzazione aziendale per garantire il soccorso in caso di emergenza incendi, catastrofi, calamità e per la gestione coordinata delle maxi emergenze in caso di maxi afflusso di pazienti.	RES ECM	Interni	26-50	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	10	una giornata
111	PROF	Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	La documentazione clinica nella sperimentazione clinica di Fase I	Doria Paola	7	L'Istituto si è autocertificato per le sperimentazioni cliniche con farmaci di Fase I ed è in attesa di ispezione da parte di AIFA. Il trattamento dei dati personali e particolari dei pazienti e caregivers è elemento fondamentale della progettazione e programmazione delle sperimentazioni cliniche. L'expertise in tale ambito è raro e la docenza da parte dell'avv. Escuroolle rappresenta un'opportunità per professionisti interni ed esterni.	RES ECM	Esterni	26-50	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	2	una giornata
112		Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Danielli Elisabetta	Utilizzo dell'applicativo GIFRA	Zaro Daniela	17	L'applicativo ITERATTI verrà dismesso in favore di GIFRA. L'Ufficio necessita di passare a GIFRA per gestire al meglio i percorsi di autorizzazione, accreditamento e certificazione.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro		<25	1	più di una giornata
113	PROF	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Orzan Eva	Approfondimenti clinico-assistenziali su casistica complessa della SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Orzan Eva/ Grasso Domenico Leonardo	18	Condividere approcci diagnostico-terapeutici di casi clinici complessi afferenti al servizio	FSC ECM	Interni	51-100	interni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Psicologo,Tecnico audiometrista	Audiologia e foniatría,Otorinolaringoiatria,Privo di specializzazione	<25	1	mezza giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
114	PROF	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Orzan Eva	Chirurgia dell'orecchio medio nei bambini	Orzan Eva	18	L'aumento della richiesta di chirurgia dell'orecchio medio presso la SC ORL e Audiologia dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, centro regionale di riferimento, determina un aumento del numero delle sedute chirurgiche cui bisogna rispondere con l'adeguata formazione dei chirurghi dedicati. L'approccio chirurgico e la tecnica chirurgica scelta, sono fattori determinanti per garantire ed implementare la qualità e la sicurezza del percorso chirurgico finalizzato ad ottenere i migliori outcome.	FSC ECM	Interni/Esterni	3	Interni/esterni	Medico chirurgo	Otorinolaringoiatria	<25	1	più di una giornata
115		SC Neuropsichiatria Infantile	Carrozzi Marco	Progetto QQuality Autism Network (QUan): la gestione non farmacologica dei comportamenti problema	Devescovi Raffaella, Carrozzi Marco	32	Progetto nazionale attuato tramite la Direzione Centrale Salute della regione FVG per migliorare l'assistenza e l'accesso alle cure per soggetti con grave deficit comunicativo (autismo, disabilità cognitiva) e ridurre il rischio di comportamenti potenzialmente pericolosi per il paziente e per il personale sanitario	RES ECM	Esterni	51-100	Interni/esterni	Assistente sanitario, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Odontoiatra, Psicologo, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico di neurofisiopatologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale	Anestesia e rianimazione, Cardiologia, Chirurgia pediatrica, Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Psicoterapia, Radiodiagnostica, Privo di specializzazione	51-100	1	una giornata
116		SC Neuropsichiatria Infantile	Carrozzi Marco	Disturbi del comportamento alimentare: approccio terapeutico con la terapia cognitivo comportamentale evoluta (CBT-E)	Abbracciavento Giuseppe, Roia Anna	3	Questa proposta si integra con il corso residenziale relativo ai disturbi del comportamento alimentare in quanto continuazione dello stesso. Nello specifico dopo la formazione residenziale di 3 giorni sono previsti 4 incontri nel corso dell'anno di supervisione dei casi clinici trattati con la CBT-E	FSC ECM	Esterni	<25	Interni/esterni	Biologo/Biotecnologo, Dietista, Educatore professionale, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Psicologo, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico di neurofisiopatologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale	Gastroenterologia, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Psichiatria, Psicoterapia, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
117		SC Neuropsichiatria Infantile	Carrozzi Marco	Disturbi del comportamento alimentare: approccio terapeutico con la terapia cognitivo comportamentale evoluta (CBT-E)	Abbracciavento Giuseppe, Roia Anna	4	In considerazione del fatto che i disturbi del comportamento alimentare sono un condizione clinica sempre più frequente e con un importante carico assistenziale si propone una formazione sulla Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E enhanced) che è una forma specifica di CBT sviluppata dal Centre for Research on Eating Disorders at Oxford (CREDO) per affrontare la psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione, piuttosto che le specifiche diagnosi DSM-5. La CBT-E è un trattamento psicologico individuale, flessibile e personalizzato adatto a curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (approccio transdiagnostico), affrontando i processi cognitivo comportamentali di mantenimento della psicopatologia che operano nel paziente (Fairburn, 2008).	RES ECM	Esterni	26-50	Interni/esterni	Assistente sanitario, Biologo/Biotecnologo, Dietista, Educatore professionale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Medico chirurgo, Psicologo, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico di neurofisiopatologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale	Gastroenterologia, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina dello sport, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Pediatria, Pediatria (Pediatri di libera scelta), Psichiatria, Psicoterapia, Scienza dell'alimentazione e dietetica	26-50	1	una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)
118		SC Neuropsichiatria Infantile	Carrozzi Marco	Epilessia e altri disturbi del neurosviluppo: approccio multidisciplinare allo studio neuroradiologico	Zanus Caterina, Murru Flora Maria, Di Marzio Giulia Maria, Carrozzi Marco	8	La complessità delle condizioni cliniche in titolo necessita di una integrazione multiprofessionale al fine di analizzare le problematiche diagnosticoterapeutiche da punti di vista diversificati che devono per essere efficacemente integrati e condivisi.	FSC ECM	Interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Psicologo, Tecnico di neurofisiopatologia	Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neuroradiologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata
119	PROF	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Amadeo Alessandro	Maxiemergenza ospedaliera ed extraospedaliera	Norbedo Stefania	18	Come obbligo di legge ogni struttura ospedaliera deve possedere un piano di Maxiemergenza ed il personale deve essere edotto in tal senso. Poiché le Maxiemergenze non sono pianificabili in termini di evento ma la preparazione per affrontarle in maniera adeguata lo è, proponiamo un congresso di formazione per avviare un processo di sensibilizzazione e cultura sulle Maxiemergenze	RES ECM	Interni/Esterni	51-100	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	51-100	1	una giornata
120		SC Neuropsichiatria Infantile	Carrozzi Marco	Disturbi specifici dell'apprendimento 2023 c'è qualcosa di nuovo?	Lonciari Isabella/Bin Maura	18	L'evento, in particolare tratta il tema dei disturbi dell'apprendimento e dell'attenzione, della relazione tra i due e degli approcci terapeutici ed educativi per affrontare correttamente il problema.	RES ECM	Interni/Esterni	51-100	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	51-100	1	una giornata
121	STRAT	Direzione Scientifica	Zeviani Massimo	La diffusione della conoscenza tra i ricercatori della Nuova Riforma IRCCS	Zeviani Massimo	11	La conoscenza della nuova Riforma degli IRCCS	RES ECM	Interni	26-50	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	3	una giornata
122	STRAT	Direzione Scientifica	Zeviani Massimo	Progetti di ricerca: dalla predisposizione alla pubblicazione	<b>Gestione documentale:</b> Vecchi Brumatti/Sabbatini Budget: Zerjal/Assanti Rendicontazione scientifica: Zerjal/Assanti	35	La Direzione Scientifica ha come funzione generale la promozione e il coordinamento delle attività scientifiche, il supporto amministrativo e tecnico delle attività scientifiche proprie e la verifica dei risultati. Il percorso formativo prevede 3 training individualizzati che esplorano la gestione documentale, il budget e la rendicontazione scientifica	FSC ECM	Interni/Esterni	<25	Interni/esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	più di una giornata
123	STRAT	Centro Attività Formative	Pagnutti Catia	L'aggiornamento della rete dei referenti aziendali della formazione	Pagnutti Catia	18	Al fine di una progettazione efficace ed efficiente delle attività formative interne, è necessario che la rete dei referenti mantenga aggiornate le proprie conoscenze in merito al proprio ruolo all'interno dell'educazione continua in medicina	RES ECM	esterni	<25	interni	tutte le professioni	tutte le discipline	<25	3	mezza giornata
124	STRAT	Centro Attività Formative	Pagnutti Catia	Dall'erogazione alla valutazione della formazione	Pagnutti Catia	18	Per assicurare un'adeguata progettazione, erogazione ma soprattutto valutazione delle attività formative erogate, è necessario una continua attualizzazione delle competenze dei progettisti della formazione e del personale amministrativo	RES ECM	Esterni	<25	Interni	Infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica		<25	1	più di una giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° obbligatorie	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti /edizione	N° edizioni proposte	Durata complessiva /edizione (giornate per partecipante)	
125	STRAT	Centro Attività Formative	Pagnutti Catia	Percorso di inserimento del progettista presso il Centro Attività Formative dell'IRCCS Burlo Garofolo	Pagnutti Catia	18	Il progettista di formazione è un esperto dei processi di apprendimento ed elabora percorsi formativi che permettano di sviluppare competenze e motivazione all'apprendimento, considerando i fabbisogni formativi in funzione alle esigenze dell'organizzazione e dello specifico target professionale. Nell'ambito della formazione continua alla salute elabora e predispone la struttura, l'articolazione e la documentazione di un percorso formativo in tutti i suoi aspetti organizzativi, ed in accordo con il Responsabile Scientifico, di contenuto e metodologia.	FSC ECM	Interni	<25	Interni	Infermiere		<25	1	più di una giornata	
126	PROF	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Orzan Eva	L'insufficienza velare nella sindrome velocardiofacciale.	Orzan Eva	18	La sindrome velocardiofacciale è una patologia complessa in cui la rinolalia aperta rappresenta uno stigma a forte impatto psicologico e psicorelazionale per il paziente. La correzione di tale difetto consente ai pazienti di acquisire una intellegibilità dell'eloquio che riduce la disabilità derivante dalla patologia.	FSC ECM	Esterni	<25	Interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Radiodiagnostica, Privo di specializzazione	<25	1	più di una giornata	
127	PROF	Area Anestesia Rianimazione	Dittura Loredana	Incontri multidisciplinari: il percorso donativo in FVG; il donatore pediatrico	Dittura Loredana	28	Il presente evento formativo realizzato in modalità di videoconferenza sincrona rientra tra le attività programmate di aggiornamento del CRT FVG. Gli incontri hanno lo scopo di aggiornare i professionisti della Rete Regionale Trapianti FVG coinvolti nel percorso di donazione di organi e tessuti tramite la revisione di casi clinici.	RES ECM	Interni/Esterni	<25	Interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Tutte le discipline	<25	2	1 giornata	
128	PROF	Piattaforma delle Cure Pediatriche ad Alta Complessità Area Degenza Chirurgica	Cassone Andrea Di Rocco Paola	Strumenti e strategie di comunicazione : come relazionarsi con l'utenza "aggressiva"	Di Rocco Paola	18	Il corso si propone di trovare e attuare strategie per fronteggiare queste situazioni sempre più numerose, dalle ripercussioni pesanti a livello psicofisico, che mettono a dura prova gli operatori sanitari, portando alla luce emozioni negative.	FSC ECM	Interni	<25	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico					

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° ob nazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenzial e destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti/edizioni	N° edizioni proposte	Durata complessiva/edizione (giornate per partecipante)
1	PROF	Direzione sanitaria	Toscani Paola	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI secondo linee guida ILCOR 2020	Norbedo Stefania/Barbi Egidio/Savron Fabio	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario dell'IRCCS Burlo Garogolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Interni	51-100	interni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo, Ostetrica/o	Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Cardiologia, Chirurgia pediatrica, Direzione medica di presidio ospedaliero, Genetica medica, Ginecologia e ostetricia, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Medicina trasfusionale, Microbiologia e virologia, Neonatologia, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Radiodiagnostica, Privo di specializzazione	<25	7	1 giornata
2	PROF	Direzione sanitaria	Toscani Paola	BLS-D (Basic Life Support - Defibrillation) LAICI secondo linee guida ILCOR 2020	Norbedo Stefania/Barbi Egidio/Savron Fabio	18	Saper intervenire nelle emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale laico dell'IRCCS Burlo garofolo, garantendo una rianimazione di base	RES ECM	Interni	51-100	interni	Biologo, Chimico, Dietista, Farmacista, Fisico, Fisioterapista, Igienista dentale, Logopedista, Odontoiatra, Ortottista/Assistente di oftalmologia, Psicologo, Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico sanitario di radiologia medica	<25	4	1 giornata	
3	PROF	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Pediatric Advanced Life Support (PALS) - traditional 18 ore	Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milva	18	Far acquisire capacità di gestione in equipe della rianimazione avanzata nel bambino critico fino alla sua stabilizzazione secondo le linee guida predisposte dall'American Heart Association e dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP). Corso rivolto a chi non ha mai frequentato un corso PALS.	RES ECM	Inteni/esterni	<25	interni, esterni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica, Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Continuità assistenziale, Direzione medica di presidio ospedaliero, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genetica medica, Ginecologia e ostetricia, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, Medicina trasfusionale, Microbiologia e virologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Psicoterapia, Radiodiagnostica, Reumatologia, Urologia, Privo di specializzazione	<25	4	più di 1 giornata
4	PROF	Direzione sanitaria	Toscani Paola	Pediatric Advanced Life Support (PALS) - 12 ore	Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milva	18	Far acquisire capacità di gestione in equipe della rianimazione avanzata nel bambino critico fino alla sua stabilizzazione secondo le linee guida predisposte dall'American Heart Association e dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP).	RES ECM	Inteni/esterni	<25	interni, esterni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica, Anestesia e rianimazione, Audiologia e foniatra, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Continuità assistenziale, Direzione medica di presidio ospedaliero, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genetica medica, Ginecologia e ostetricia, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica, Laboratorio di genetica medica, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, Medicina trasfusionale, Microbiologia e virologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Psicoterapia, Radiodiagnostica, Reumatologia, Urologia, Privo di specializzazione	<25	4	più di 1 giornata

5	PROF	Direzione sanitaria	Toscana Paola	Pediatric Advanced Life Support (PALS) - corso instructor	Norbedo Stefania	18	Formare nuovi Istruttori PALS per poter proseguire con la formazione di personale sanitario rispetto alla rianimazione cardiopolmonare nei bambini e lattanti.	RES ECM	Inteni/esterni	26-50	interni,esterni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatra,Cardiologia,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Continuità assistenziale,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Gastroenterologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Malattie metaboliche e diabetologia,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina trasfusionale,Microbiologia e virologia,Nefrologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Psichiatria,Psicoterapia,Radiodiagnostica,Reumatologia,Urologia,Privo di specializzazione	<25	4	più di 1 giornata
6	PROF	Direzione sanitaria	Toscana Paola	Pediatric Advanced Life Support (PALS) - Heartcode	Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milva	18	Far acquisire capacità di gestione in equipe della rianimazione avanzata nel bambino critico fino alla sua stabilizzazione secondo le linee guida predisposte dall'American Heart Association e dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP). Corso rivolto agli istruttori PALS per la ricertificazione biennale.	RES ECM	Inteni/esterni	<25	interni,esterni	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatra,Cardiologia,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Continuità assistenziale,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Gastroenterologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Malattie metaboliche e diabetologia,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina trasfusionale,Microbiologia e virologia,Nefrologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Psichiatria,Psicoterapia,Radiodiagnostica,Reumatologia,Urologia,Privo di specializzazione	<25	4	più di 1 giornata
7	PROF	Direzione sanitaria	Toscana Paola	Corso Istruttori BLS	Norbedo Stefania, Savron Fabio, Messi Gianni	18	Formare nuovi Istruttori BLS per poter proseguire con la formazione di personale sanitario e laico rispetto alla rianimazione cardiopolmonare nei soggetti adulti,bambini e lattanti.	RES ECM	Inteni/esterni	< 25	interni ed esterni	Infermiere, Infermiere pediatrico, Medico pediatra, medico rianimatore		<25	1	più di 1 giornata
8	PROF	Direzione sanitaria	Toscana Paola	PBLSD_SIMEUP Corso per ARCS	Norbedo Stefania	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario di ARCS, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Interni	< 25	Esterni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	1	1 giornata

n. progressivo	Area di riferimento	Struttura/servizio/area proponente	Responsabile struttura/servizio/area (nome e cognome)	Titolo provvisorio dell'evento	Responsabile scientifico proposto (nome e cognome)	N° ob nazionale	Razionale	Tipologia dell'evento formativo	Docenti/Tutor	N° potenziale destinatari	Tipologia partecipanti	Professioni ECM	Se hai selezionato - medico chirurgo - specifica la disciplina	N° partecipanti/edizioni	N° edizioni proposte	Durata complessiva/edizioni (giornate per partecipante)
1	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Formazione generale del lavoratore sulla sicurezza	Carosi Claudia	27	Il Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, D. Lgs. n. 81/2008, pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di provvedere all'informazione, alla formazione e all'addestramento dei lavoratori per la riduzione dei rischi derivanti dalla movimentazione manuale dei carichi.	RES ECM	Interni	26-50	Interni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Medicina legale,Medicina trasfusionale,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Ortopedia e traumatologia,Pediatria,Radiodiagnostica,Privato di specializzazione	26-50	2	mezza giornata
2	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	La formazione specifica per i lavoratori - Rischio Alto	Carosi Claudia	27	Fornire adeguate informazioni e operare una precisa formazione in merito all'impianto di sicurezza aziendale ed ai rischi lavorativi che riguardano tutti i dipendenti dell'IRCCS Burlo	RES ECM	Interni ed esterni	26-50	Interni/esterni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico ortopedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base,Ortopedia e traumatologia,Pediatria,Radiodiagnostica,Privato di specializzazione	26-50	4	più di 1 giornata
3	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Aggiornamento formazione specifica per i lavoratori	Carosi Claudia	27	In ottemperanza al D. Lgs 81/08 è necessario offrire l'aggiornamento sui contenuti di tutela della salute e della sicurezza del lavoratore.	RES ECM	interni ed esterni	26-51	Interni/esterni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico ortopedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base,Ortopedia e traumatologia,Pediatria,Radiodiagnostica,Privato di specializzazione	26-50	4	una giornata

4	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	La formazione specifica per i lavoratori - Rischio Basso	Carosi Claudia	27	Fornire adeguate informazioni e operare una precisa formazione in merito all'impianto di sicurezza aziendale ed ai rischi lavorativi che riguardano tutti i dipendenti dell'IRCCS Burlo	RES ECM	Interni ed esterni	26-51	Interni/esterni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico ortopedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base,Ortopedia e traumatologia,Pediatria,Radiodiagnostica,Privato di specializzazione	26-50	1	mezza giornata
5	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - Funzioni e Responsabilità dei PREPOSTI (Accordo Stato-Regioni 21/12/2011) : aggiornamento	Carosi Claudia	27	Il D. Lgs 81/2008 prevede l'obbligo per i datori di lavoro di fornire ai preposti un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro.	RES ECM	Esterni/Interni	26-50	Interni	tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	1	1 giornata
6	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Aggiornamento dirigenti in materia di sicurezza dei lavoratori	Carosi Claudia	27	Il D. Lgs 81/2008 prevede l'obbligo per i datori di lavoro di fornire ai dirigenti un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro.	RES ECM	Esterni/Interni	26-50	Interni	tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	1	1 giornata
7	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	La radioprotezione dell'operatore	Carosi Claudia	27	Con l'entrata in vigore della nuova normativa in materia di radioprotezione D. Lgs. 101 del 31 Luglio 2020, il datore di lavoro deve assicurare che ciascun lavoratore soggetto ai rischi derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti riceva un'adeguata formazione con periodicità almeno triennale. Tale formazione rientra, con la nuova normativa, all'interno della formazione ai sensi del D. Lgs. 81/08 Testo unico sulla igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.	RES ECM	Interni/esterni	51-100	Interni/esterni	Tutte le professioni	tutte le discipline	<25	2	mezza giornata
8	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Movimentazione manuale degli assistiti-come movimentare in sicurezza	Verrone Cristina	27	La movimentazione manuale degli assistiti, ed in generale la movimentazione dei carichi inanimati, è un'attività ricorrente nelle pratiche sanitarie, ed è tra le attività identificate come più a rischio di infortunio a carico dell'apparato muscolo scheletrico.	RES ECM	Interni ed esterni	<25	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	4	mezza giornata
9	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	La gestione del rischio chimico in ambito ospedaliero	Carosi Claudia	27	L'attività formativa si prefigge lo scopo di far acquisire ai lavoratori la capacità di riconoscere i rischi chimici durante lo svolgimento delle proprie funzioni, di segnalarli e di adottare tutte le misure idonee a prevenirli e ad azzerare l'esposizione.	RES ECM	interni,esterni	26-50	interni	Biologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere ,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ostetrica/o,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico sanitario di radiologia medica	Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria	26-50	1	mezza giornata
10	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Stress lavoro correlato	Mottica Michela/Carosi Claudia	27	Il fenomeno dello stress lavoro correlato rappresenta un rischio emergente per le organizzazioni, che devono attuare delle misure preventive e di gestione dello stesso nei casi conclamati	RES ECM	interni,esterni	26-50	interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	<25	4	mezza giornata

11	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Utilizzo dei gas medicinali	Carosi Claudia	27	Riprender i concetti base legati allo stato fisico delle materie e alle proprietà dei prodotti allo stato gassoso descrivendo in modo approfondito i gas medicinali in uso presso le strutture sanitarie in osservanza	RES ECM	Esterni/Interni	<25	Interni	Tutte le professioni	Tutte le discipline	26-50	1	mezza giornata
12	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Addestramento teorico-pratico sul corretto utilizzo dei DPI di 3a categoria impiegati in Istituto	Carosi Claudia	27	L'articolo 77 del D. Lgs 81/2008 impone l'obbligo di formazione ed addestramento pratico sul corretto utilizzo dei DPI di 3a categoria, per tutti i lavoratori che ne debbano fare uso. In questo scenario di emergenza sanitaria, vi è la consapevolezza che tra i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 vi sono in primis gli operatori sanitari.	FSC ECM	Interni	51-100	Interni	tutte le professioni		51-100	2	mezza giornata
13	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Prevenzione incendi e gestione delle emergenze - Rischio basso	Carosi Claudia	27	Far acquisire al lavoratore la capacità di prevenire e riconoscere i rischi legati all'emergenza incendio al fine di fornire supporto al personale incaricato delle attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, così come previsto dal D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES no ECM	Interni ed esterni	<25	Interni	Tutte le professioni	tutte le discipline	26-50	5	mezza giornata
14	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze - Rischio Elevato	Carosi Claudia	27	Far acquisire alle persone designate in caso di pericolo grave ed immediato la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di emergenza, così come previsto da art.37, c. 9 del D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES ECM	Interni ed esterni	<25	Interni	Biologo,Chimico,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria, Radiodiagnostica,Privo di specializzazione	<25	2	più di 1 giornata
15	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze - AGGIORNAMENTO Rischio Elevato	Carosi Claudia	27	Far acquisire alle persone designate in caso di pericolo grave ed immediato la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di emergenza, così come previsto da art.37, c. 9 del D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES ECM	Interni ed esterni	<25	Interni	Biologo,Chimico,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria, Radiodiagnostica,Privo di specializzazione	26-50	2	Una giornata
16	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Aggiornamento teorico-pratico degli addetti alla squadra emergenze dell'IRCCS Burlo Garofolo	Carosi Claudia	27	L'addestramento è una pratica formativa di comprovata efficacia per stimolare l'apprendimento di buone pratiche e stimolare la discussione su criticità oggettive ricorrenti nel quotidiano lavorativo e, ricercare, con l'aiuto dell'esperto possibili strategie di miglioramento.	RES no ECM	Interni ed esterni	<25	Interni	tutte le professioni		<25	6	mezza giornata

17	STRAT	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Carosi Claudia	Formazione addetti al Primo Soccorso	Savron Fabio/ Carosi Claudia	27	Gli addetti alle misure di primo soccorso, designati dai datori di lavoro ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 81/2008, devono ricevere, come previsto nell'art. 37 comma 9, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico. La durata e i contenuti rispettano quanto indicato nell'Allegato 3 del DM 388/2003. Ha lo scopo di far acquisire al lavoratore la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di primo soccorso.Periodicità aggiornamento: ogni 3 anni (DM 388/03 Art. 3).	RES ECM	Interni	<25	Interni	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisioterapista,Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico ortopedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Cardiologia,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base,Ortopedia e traumatologia,Pediatria,Radiodiagnostica,Privo di specializzazione	<25	1	più di 1 giornata
----	-------	---	----------------	--------------------------------------	---------------------------------	----	---	---------	---------	-----	---------	--	---	-----	---	-------------------

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 31/03/2023 15:05:17

IMPRONTA: 0691AA9BAB801DD6AC84609F457D1BAD2F687A5FE94FE7627F79AA404860711F  
2F687A5FE94FE7627F79AA404860711FAE3411962AEC1F6E4B1137639EC22E1E  
AE3411962AEC1F6E4B1137639EC22E1E2E3DD47986A7CD6EF535E73A48A888C1  
2E3DD47986A7CD6EF535E73A48A888C1138A47E715C4D7B4E23FAB91ECE2A457