

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 54 DEL 27/03/2025

OGGETTO: Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Sottoscritto dal Direttore Generale

dott.ssa Francesca Tosolini

nominato con Delibera della Giunta Regionale n. 2003 del 20.12.2024

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>	
IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 21 marzo 2025	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 21 marzo 2025

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 24/6/2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, ha stabilito che sono soppressi - in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO - gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:

a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);

c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);

d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);

e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);

f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);

verificato 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;

considerato che il DM 24/06/2022 agli art. 7 e 8 prevede che l’adozione del PIAO avvenga entro il 31 gennaio oppure entro 30 giorni dall’adozione del bilancio di previsione;

verificato che gli indirizzi programmatori della Regione Friuli Venezia Giulia relativi all’anno 2025 sono stati delineati nelle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale, approvate in via definitiva con la DGR 2052/2024, e che le indicazioni per la predisposizione del Piano Attuativo e del Bilancio Preventivo 2025 sono state fornite dall’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) con la nota prot. 1165 dd. 10/01/2025, successivamente integrata dalla nota prot. 2768 dd. 20/01/2025;

considerato che le summenzionate indicazioni prevedono che la formalizzazione definitiva del Piano Attuativo e del Bilancio preventivo avvenga successivamente alla formale approvazione del documento da parte del Collegio Sindacale;

appurato che l’adozione definitiva del PAO 2025 ai sensi della DGR 2052/2024 è avvenuta con proprio decreto n. 30 dd. 27/2/2025;

verificato che il PNA 2022, definitivamente adottato con delibera ANAC n. 7 dd. 17/1/2023, è stato successivamente aggiornato con delibera ANAC n. 605 dd. 19/12/2023, e che le

direttive ANAC in materia di anticorruzione e trasparenza, sono state recepite nella Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027 dell'IRCCS;

tenuto conto altresì che il Piano della Formazione, confluito nel PIAO, deve essere adottato entro il 31/3/2025 a mente delle succitate Linee di gestione 2025;

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);

verificato che il Comitato Scientifico della Formazione, nella seduta del 27/1/2025, ha espresso parere favorevole in merito al PFA 2025;

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 2024-2026 è stato adottato in via definitiva con decreto n. 39/2024;

dato atto che il PIAO 2025-2027 è stato posto in consultazione pubblica sul sito web aziendale al fine di acquisire proposte e/osservazioni per l'aggiornamento del documento;

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 27/2/2025, che ha dato parere favorevole, con il Collegio di Direzione e con il Consiglio dei Sanitari, rispettivamente in data 28/1/2025 e 25/2/2025, in ottemperanza alla normativa vigente;

verificato che l'iter di approvazione del presente PIAO 2025-2027 è stato condiviso nella seduta dell'Organismo Indipendente di Valutazione del 23/1/2025, mentre i contenuti del Piano medesimo sono anticipati all'Organismo con nota mail dd 6/3/2025, sono stati successivamente illustrati dalla Direzione Strategica e condivisi con la struttura tecnica di supporto nel corso della seduta nella seduta del 11/3/2025;

che i contenuti del PIAO 2025-2027 e dei relativi allegati, proposti dalle diverse articolazioni aziendali competenti, sono coerenti con i contenuti dei Piani assorbiti dal PIAO, ai sensi del succitato e vengono pertanto recepiti e formalizzati nell'allegato documento;

considerato, pertanto, di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 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 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 sostituto del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico;

DECRETA

- 1) di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 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 2025-2027, contenente l'Allegato 6 PAF 2024 alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità, come previsto dalle Linee di Gestione del SSR 2025;
- 5) di trasmettere il PIAO 2025-2027 agli Enti, Organi e Organismi competenti;
- 6) 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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE SANITARIO
dott. Riccardo-Mario Paoli <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 marzo 2025 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2025	prof. Massimo Zeviani <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 marzo 2025 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	prof. Egidio Barbi <i>atto firmato digitalmente</i> data 27 marzo 2025 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 35 del 12.03.2025

DIRETTORE GENERALE
dott.ssa Francesca Tosolini <i>atto firmato digitalmente</i>

ELENCO ALLEGATI:
PIAO_e_ALL_2025_2027_def

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: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 27/03/2025 14:35:04

IMPRONTA: 90313B0357E95967F34C384E43C8975A932B1E88FC7790B57232815057338778
932B1E88FC7790B57232815057338778A52F7C736E025F270D86E58C331D5D56
A52F7C736E025F270D86E58C331D5D566B9F9ECAB8352506500ECAE05B2A38B1
6B9F9ECAB8352506500ECAE05B2A38B1D20485B73CE48B85089C19A463313EB5



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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

2025 – 2027

Sommario

1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	5
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE.....	7
2.1 Valore pubblico.....	7
2.1.1 Obiettivi strategici.....	7
2.2 Performance.....	16
2.2.1 Obiettivi performance.....	16
2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione.....	17
2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere	20
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	23
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno.....	23
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno	25
2.3.3 Mappatura dei processi.....	28
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....	29
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	33
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	52
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	54
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	58
3.1 Struttura organizzativa.....	58
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	60
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	65
3.3.1 Rappresentazione della consistenza del personale al 31/12/2024.....	66
3.3.2 Programmazione delle risorse umane	67
3.3.3 Obiettivi di trasformazione delle risorse.....	72
3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno.....	73
3.3.5 Formazione del personale	73
4. MONITORAGGIO	75
4.1 Monitoraggio valore pubblico	75
4.2 Monitoraggio performance	76
4.3 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	76
4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	77
ALLEGATI.....	78
Allegato 1: Referenti linee di gestione 2025	79
Allegato 2: Obiettivi per il raggiungimento delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere	95

Allegato 3: Registro dei rischi 2025	99
Allegato 4: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio.....	106
Allegato 5: Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza 2025.....	108
Allegato 6: Piano Formazione Aziendale.....	128
Allegato 7: Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	161

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 2025 è stato elaborato tenendo conto della struttura prevista dal DM 24/6/2022, degli indirizzi della programmazione regionale (DGR 2052/2024 relativa all'approvazione definitiva delle Linee di gestione 2025) e del PIAO 2024-2026, adottato con decreto n. 39 dd 15/3/2024. Il PIAO 2025-2027 viene approvato a seguito del PAO e del Bilancio Preventivo 2025 di cui al decreto n. 30 del 27/02/2025 ai sensi della DGR 2052/2024.

1. SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione	IRCCS BURLO GAROFOLO
Sede legale	Via dell'Istria 65/1
Codice fiscale/ partita iva	00124430323
Forma giuridica	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, convenzionato con l'Università degli studi di Trieste, sottoposto al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute.
Sito istituzionale	www.burlo.trieste.it
Telefono (Segreteria Direzione strategica)	040 3785225
Fax	040 666019
Posta elettronica certificata	OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
E-mail urp	urp@burlo.trieste.it
Direzione strategica Direttore generale Direttore scientifico Direttore amministrativo Direttore sanitario	 dott.ssa Francesca Tosolini prof. Massimo Zeviani dott. Riccardo-Mario Paoli dott. Nelso Trua
Dipartimenti	4 clinici 1 amministrativo
Strutture a direzione universitaria	3
Strutture di ricerca	6
Personale al 31/12/2024	747 a tempo indeterminato 86 a tempo determinato 14 Universitari convenzionati

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 2024).

UN GIORNO AL BURLO



Progetti di ricerca attivi

ricerca corrente 191

ricerca finalizzata 52

sperimentazioni cliniche 147

633

prestazioni ambulatoriali

13

Scuola in ospedale/
interventi didattici

6

Prese in carico in continuità assistenziale

101

Esami di radiologia
interni ed esterni

69

Accessi in
Pronto Soccorso

12

Interventi
di mediazione
culturale

15

Ore
di mediazione
culturale

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 aggiorna, a scorrimento, il precedente PIAO 2024-2026, adottato in via definitiva con decreto n. 39/2024.

Il piano triennale declina i principali obiettivi strategici aziendali, tenendo conto che la programmazione aziendale deriva strettamente da quella regionale di cui alla Legge Regionale 12 dicembre 2019 n. 22 in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria nonché alle Linee annuali per la gestione del S.S.R. approvate, in via definitiva, con D.G.R. n. 2052 del 30/12/2024 e alle indicazioni metodologiche inviate da ARCS 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 2025-2027 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, che vengono di seguito elencati:

LOGISTICA

Nel corso del 2025 l'Istituto procederà con i lavori collegati alla realizzazione dell'intervento più importante degli ultimi decenni, sia per valore che per rilevanza strategica, completando la riqualificazione dell'adiacente Comprensorio ex Opera di San Giuseppe mediante la realizzazione dei seguenti interventi:

- *"Risanamento conservativo dell'edificio civico n. 61 (Codice CUP C92C21001600002)"* destinato ad ospitare gli uffici della Direzione Strategica e la rimanente parte degli uffici amministrativi -- il cui progetto esecutivo - del valore di Euro 2.260.000,00 - è stato approvato nel mese di novembre 2024;
- *"Realizzazione nuovo accesso e installazione ascensore esterno alla palazzina poliambulatorio"* (CUP C97H23002260002) del valore di Euro 300.000,00 i cui lavori sono già stati appaltati;
- *"Realizzazione percorso pedonale di collegamento tra il Comprensorio Ospedaliero principale ed il*

Comprensorio ex Opera di San Giuseppe" (Codice CUP C95F24000040002) del valore di Euro 150.000,00 i cui lavori sono già stati appaltati.

Nel 2025 proseguirà anche la ristrutturazione degli spazi interni del Comprensorio principale rimasti vuoti in seguito allo spostamento di alcune attività negli spazi riqualificati all'interno del Comprensorio ex Opera di San Giuseppe in modo da garantire, per quanto possibile, il raggiungimento dei requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento, compatibilmente con i finanziamenti ricevuti. Tra questi, l'intervento di maggior complessità è l'adeguamento dell'Oncologia Pediatrica, in particolare della degenza per i trapianti.

ATTUAZIONE DEL NUOVO ATTO AZIENDALE

A seguito dell'adozione del nuovo Atto aziendale, approvato da ultimo con decreto n.131/2023, l'Istituto ha completato nel corso di un triennio l'allineamento alla riorganizzazione derivante dalla riforma del SSR, attraverso diverse fasi operative che vengono dettagliate al paragrafo 1.3.3 "Atto aziendale: nuove funzioni assegnate all'IRCCS Burlo Garofolo dalla DGR 1965/2021 e nuove strutture ad esse dedicate".

Nel 2025 saranno ultimate le selezioni per l'attribuzione degli incarichi del comparto, secondo il nuovo assetto definito con decreto n. 157 del 16.10.2024, recante l'individuazione e la graduazione del sistema degli incarichi ai sensi degli artt. 24 e seguenti del CCNL 02.11.2022 del personale del comparto sanità.

RICERCA E RIFORMA DEGLI IRCCS

Con riferimento alla riforma degli IRCCS introdotta dal Dlgs 200/2022, gli obiettivi del 2025 prevedono la creazione di un albo di partners industriali per il trasferimento tecnologico, anche alla luce delle indicazioni del tavolo ministeriale, e la prosecuzione dell'attività intrapresa nel 2024 di stabilizzazione del personale della Piramide fino al raggiungimento del numero di unità indicate nella pianificazione dei fabbisogni (n. 35 unità a tempo indeterminato).

Inoltre, con riguardo al personale della ricerca il 2025, si vedrà l'applicazione del nuovo sistema di valutazione e valorizzazione del personale, formalmente adottato con decreto DG n. 14/2025, e si darà l'avvio alle procedure per l'adozione del regolamento relativo alla graduazione e attribuzione incarichi per il personale del comparto ricerca, come previsto dalla novella contrattuale (CCNL relativo al personale del Comparto sanità sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria dd. 21 febbraio 2024). Proseguirà infine anche per il 2025 il percorso avviato dalla Direzione scientifica nel 2024 "Formazione scientifica ricercatori": l'iniziativa ha messo in evidenza la natura interdisciplinare e traslazionale della ricerca in Istituto e rappresenta un'opportunità unica di confronto tra ricercatori esperti, sia senior che junior, su tematiche scientifiche di interesse trasversale, abbracciando l'intera attività di ricerca del Burlo.

Ancora nel 2025 proseguiranno le attività atte a finalizzare il progetto di allestimento della biobanca quale infrastruttura indispensabile alla ricerca.

In riferimento al tema dei finanziamenti sarà ulteriormente consolidata l'attività del *Grant Office* della Direzione scientifica attraverso il reclutamento di ulteriori risorse umane allo scopo di implementare la capacità di attrarre contributi privati, incluso donazioni, e finanziamenti derivanti da bandi competitivi sia nazionali che europei.

Da segnalare infine che con nota prot.10067/2024 il Ministero della Salute ha trasmesso la bozza della programmazione triennale degli IRCCS 2025-2027.

I criteri di valutazione della ricerca ai fini del riparto dei finanziamenti (qui con riferimento ai soli finanziamenti per la Ricerca Corrente) sono i medesimi previsti nella programmazione precedente seppur con lieve sfumatura nella pesatura percentuale degli stessi. Merita richiamarli di seguito:

- a. produzione scientifica (50%);
- b. capacità di attrarre risorse (15%);
- c. attività assistenziale (20%);
- d. capacità di operare in rete (10%);
- e. trasferimento tecnologico (5%).

Il riparto dei fondi sarà effettuato in maniera separata tra IRCCS Monotematici (come il Burlo) e IRCCS Pluritematici in modo da non influenzare economicamente un'area rispetto all'altra, fermo restando che i criteri di riparto saranno comuni.

Le aree tematiche prese in considerazione per il riparto, in prima applicazione, dovranno raggiungere tutti e tre gli standard di benchmarking ricavabili dai sistemi bibliometrici internazionali (SCOPUS, Incites) riferiti a:

1. Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno con le soglie di seguito riportate
2. "Field Weight Citation" delle pubblicazioni che hanno determinato l'attribuzione dell'IFN nel riparto annuale degli ultimi tre anni, compreso l'anno di riferimento, pari o superiore alla media nazionale
3. "% International Collaboration" delle pubblicazioni che hanno determinato l'attribuzione di IFN nel riparto annuale degli ultimi tre anni, compreso l'anno di riferimento, pari o superiore alla media nazionale.

Il limite soglia per quanto riguarda l'IFN è di 500 punti/anno per tutte le aree tematiche ad esclusione della 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.

Per IFN valido si intende la sommatoria dei punti di IFN valutati positivamente per

l'attribuzione dei relativi punti nella procedura di verifica annuale della Ricerca corrente.

L'assegnazione dei fondi avverrà, come negli ultimi anni su base competitiva, al fine dichiarato di incrementare la qualità della ricerca biomedica svolta dagli IRCCS nonché la partecipazione ad attività in rete; al fine di assicurare la continuità delle risorse economiche necessarie per lo svolgimento dei programmi rientranti nelle linee di attività della programmazione, qualora a seguito dell'applicazione dei criteri sopraindicati risultasse che il finanziamento attribuibile sia inferiore al 70% del finanziamento dell'anno precedente, è riconosciuto soltanto il 70% del valore economico del contributo dell'anno precedente al netto dei progetti ERANET e Progetti di Rete.

In analogia, qualora a seguito dell'applicazione dei criteri sopraindicati, risultasse un finanziamento attribuibile superiore al 130% del valore dell'anno precedente, il tetto di assegnazione non potrà essere superiore al limite del 130% del finanziamento dell'anno precedente al netto dei progetti ERANET e Progetti di Rete o speciali.

RETE PEDIATRICA, CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Le attività della rete pediatrica proseguiranno e si consolideranno nel corso del 2025.

Sono stati inoltre individuati i seguenti obiettivi per il 2025, condivisi con ARCS e con le aziende che partecipano alla Rete e riportati nelle linee di gestione al paragrafo A.2.11:

1) miglioramento della presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore e con indicazione neurochirurgica con l'elaborazione del PDTA e positivo riscontro da parte del Comitato regionale Rete pediatrica entro il 30/6;

2) integrazione Ospedale - territorio e sicurezza delle cure: sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico con l'elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" entro il 30/9.

Sarà inoltre avviato un tavolo di lavoro sulla chirurgia pediatrica compatibilmente con le attività della rete pediatrica e della rete pediatrica oncologica.

RAPPORTI CON L'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.

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, biologi e comparto) sia alla ricerca sia, soprattutto, alla didattica con partecipazione attiva come docenti ai tirocini degli studenti dei corsi di laurea in Ostetricia, Infermieristica, Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Biotecnologie Mediche. Il personale è inoltre coinvolto in attività didattiche/di

tutoraggio per studenti e specializzandi di: genetica medica, microbiologia, pediatria, ostetricia e ginecologia, farmacologia clinica, odontoiatria e protesi dentaria, igiene dentale e odontoiatria pediatrica.

Oltre ai corsi di laurea ed alle scuole di specializzazione, è attivo presso l'IRCCS un Corso di Dottorato in Medicina Personalizzata e Terapie Innovative e sono attivi diversi master sia di I che di II livello.

Nel corso del 2025, facendo seguito alle criticità emerse nel corso del 2024, saranno inoltre dettagliati i contenuti delle appendici contrattuali all'Accordo di cui al decreto n. 247 del 30.10.2023 sottoscritto tra l'Università degli Studi di Trieste e l'IRCCS Burlo Garofolo per l'attuazione del "Protocollo d'Intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e l'Università degli Studi di Trieste per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca", stipulato in data 5 novembre 2021. Le succitate appendici contrattuali hanno ad oggetto la gestione del personale universitario, in particolare per quanto concerne le autorizzazioni a svolgere missioni e attività extra istituzionale ex art. 53 del D.lgs. 165/2001 e sim.

È infine prevista la sottoscrizione dell'Accordo quadro tra l'Università degli Studi di Trieste e il Burlo (cd Accordo piattaforme 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.

FORMAZIONE

Nel Piano formativo aziendale 2025 (PFA), basato sulla raccolta dei fabbisogni specifici delle varie strutture aziendali, sono previsti eventi formativi dedicati, oltre a eventi formativi di carattere obbligatorio ex lege in area emergenza-urgenza e in materia di prevenzione e protezione aziendale. Il PFA è stato redatto secondo le tempistiche ed i contenuti previsti dalla programmazione regionale.

Le aree formative in cui si articola sono: area di sviluppo strategico, delle competenze relazionali e settore amministrativo e gestionale/organizzativo.

Nella programmazione della formazione 2025 rientrano altresì le priorità che sono definite nel Piano formativo regionale (PFR), dalle linee di gestione del SSR e in particolare le linee di cui al PNRR. Nel corso del 2025 si prevede la prosecuzione dell'attività di organizzazione del progetto regionale disostruzione rivolto agli operatori scolastici in quanto già rifinanziato dalla Regione per la seconda annualità. Il PFA è l'Allegato n. 6.

SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI FASE 1

In data 29/1/2024 è stata formalmente trasmessa la nota di AIFA (prot. AIFA 0011358 dd 29/1/2024) con cui si riconosce all'IRCCS il possesso dei requisiti stabiliti dalla Determina AIFA

809/2015. Nel 2025 l'Unità di Fase 1 prevede di proseguire con l'arruolamento dei pazienti nelle sperimentazioni attualmente in corso e prevede inoltre di attivarne ulteriori sulla base di *Site Initiation Visits* recenti anche in collaborazione con ASUGI. Inoltre, è previsto l'avvio di collaborazioni con società scientifiche internazionali di ricerca clinica nell'ottica di ottimizzazione dell'obbligo di continuo aggiornamento in ambito di ricerca, come richiesto dalla determina AIFA 809/2015. Dal 2023, l'Unità di Fase 1 supporta anche l'Ufficio Ricerca Clinica (URC) nell'attività di valutazione e negoziazione dei budget degli studi clinici profit di tutte le fasi della ricerca. Nel 2025 è prevista la prosecuzione di tale attività ma anche il suo ampliamento e la sua regolamentazione, in linea con la normativa nazionale ed europea in materia di sperimentazioni cliniche.

SCREENING NEONATALI E DIAGNOSI PRENATALE

Il programma di screening neonatale regionale, che è offerto a tutti i nuovi nati della regione 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. L'attività di coordinamento e monitoraggio proseguirà anche nel corso del 2025, congiuntamente a quella relativo screening neonatale della fibrosi cistica, la cui centralizzazione presso il Burlo è stata attribuita dalla DGR 1483/2022. L'IRCCS, oltre a curare l'esecuzione dei test, si occupa anche tutti gli aspetti organizzativi e di coordinamento e garantendo il monitoraggio e la verifica periodica della efficacia ed efficienza del programma.

Nel corso del 2025 si darà attuazione a quanto previsto dalla DGR 1991/2024, anche attraverso l'istituzione di tavoli interaziendali di coordinamento delle diverse attività e secondo le indicazioni regionali.

Si rimane inoltre in attesa della valutazione della proposta dell'esecuzione del genoma in presenza di particolari condizioni cliniche (pazienti critici) nonché dell'esoma come metodica d'elezione nella diagnosi pre-impianto.

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, riproposto anche per il 2025, 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 mono specialistici è stato introdotto dall'accordo Stato - Regioni (accordo CSR 18/10/2018,

integralmente ripreso dalla CSR 174 dd 22/9/2021, dalla CSR 121 dd 24/5/2023 e da ultimo dalla CSR 124 dd 11/7/2024), 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 mono specialistici 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 mono specialistico 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.

Ci si riserva di valutare nei prossimi mesi l'impatto dell'applicazione del nomenclatore nazionale, secondo quanto previsto dalla DGR 1924/2024, tenendo conto che l'impatto principale di tale nuovo nomenclatore riguarda le prestazioni di genetica medica, il cui valore rappresenta il 70% delle attività di diagnostica dell'IRCCS. Purtroppo, si può già osservare che l'assenza di un riconoscimento appropriato delle prestazioni di genetica medica nei LEA pone le strutture del SSN, i relativi professionisti e i pazienti affetti da malattie rare e quelli affetti da malattie multifattoriali in una posizione critica, rendendo difficoltoso, se non impossibile, garantire a tutti i cittadini un accesso equo a queste essenziali procedure diagnostiche. Una delle aree più critiche riguarda le malattie rare per le quali si stima che in Italia oltre 1 milione di persone soffra di una malattia rara, mentre sono circa 325 mila i pazienti censiti (nel 2018) dal Registro nazionale malattie rare che però raccoglie solo le segnalazioni di quelle incluse nei LEA. I progressi tecnologici nel campo della diagnostica in genetica medica (i.e. tecnologie di sequenziamento NGS) nonché le nuove metodologie d'inquadramento in genetica clinica consentono oggi di giungere ad una diagnosi prima impensabile, di abbreviare i tempi diagnostici e fornire risposte precise ed efficaci. Pertanto non includere nei LEA l'analisi dell'esoma o del genoma e limitarsi a pannelli multigenici predefiniti significa, da una parte limitare le possibilità diagnostiche per molti pazienti e dall'altra appesantire inutilmente i costi del SSN con la produzione di numerosi test incompleti il cui costo supera di gran lunga quello di un esoma/genoma.

SINERGIE CON LA FONDAZIONE

Negli anni, la Fondazione Burlo Garofolo ha supportato l'IRCCS con iniziative chiave. Nel 2022 è stata riorganizzata con nuove nomine e un cambio statutario per l'iscrizione al Registro del Terzo Settore.

Nel 2025 sosterrà la manutenzione del braccio robotico e finanzierà il progetto "Family Room" (200.000 €), con due unità: quella al piano terra a favore della sala parto a favore delle donne in gravidanza con prodromi, ma non ancora in fase di travaglio espulsivo, e quella soprastante invece in connessione con i corridoi esterni della Terapia Intensiva Neonatale, a favore di quelle famiglie lungo degenti in TIN con neonati con estrema prematuri. Un vero e proprio progetto materno-infantile regionale che potrà essere realizzato grazie alla collaborazione di enti privati regionali.

Continuerà inoltre a promuovere iniziative a favore dell'Istituto.

AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO DEGLI ENT DEL SSR E RISCHIO CLINICO

Nei primi mesi del 2024 sono state effettuate molte attività di preparazione per la visita di autorizzazione e accreditamento istituzionale, tra cui, oltre alla revisione di molte procedure e PDTA (più di 30), alcuni audit (facility tour) per intercettare le maggiori criticità e/o sistemare quanto possibile, in conformità dei requisiti applicabili alla ns realtà (percorso nascita: DGR 1083/2012; laboratori: 1705/2005; degenze e ambulatori: DGR 1436/2011; requisiti autorizzativi e relativi pannelli: DGR 3586/2004). La programmazione regionale ha escluso da tale visita, a differenza di quanto avvenuto nel 2016, oltre che la branca specialistica Medicina Trasfusionale e Centro Trapianti CSE, da sempre separata, anche la branca specialistica Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di I, II e III livello, vista l'imminente emanazione del Decreto del Presidente della Regione con cui saranno resi applicabili i nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento contenuti nella DGR 1992/2024, a sostituzione dei precedenti, attuati con DGR 705/2007. La visita alla PMA è prevista nel corso del 2025; non essendo attualmente possibile attingere dall'elenco dei valutatori regionali, che contano la sola valutatrice dipendente dell'Istituto, per garantire la terzietà saranno utilizzati valutatori nazionali. Di norma, la visita alle PMA viene effettuata con sopralluogo congiunto con il Centro nazionale Trapianti, che valuta la qualità e sicurezza delle cellule e dei tessuti in base alla normativa vigente.

La visita di accreditamento si è svolta nel mese di giugno 2024 e la Responsabile qualità aziendale ha coordinato le attività in corso di visita di autorizzazione e accreditamento (5 gg di visita, 17 ispettori) al fine di gestire l'accompagnamento dei sottogruppi di ispezione e fornire tutte le informazioni richieste. L'Istituto nel corso del 2025, sulla base di quanto contenuto nel decreto di autorizzazione e accreditamento con riserva (di imminente emanazione e recepimento), redigerà il piano di adeguamento con il quale saranno messe in campo le azioni necessarie ad ottemperare alle scadenze previste nei monitoraggi. Per quanto attiene alle azioni conseguenti le non conformità strutturali (critiche e maggiori), l'Istituto ha trasmesso lo stato dei progetti di ristrutturazione e relativi finanziamenti a copertura dei lavori alla DCS, con la quale porterà avanti un dialogo interlocutorio per completare quanto previsto.

Nel 2025 è prevista anche la visita di rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento per la

Medicina Trasfusionale e Centro Trapianti CSE (trapianto autologo e allogenico nei pazienti pediatrici), sia per naturale scadenza (visita precedente ottobre 2023) che per l'introduzione dei nuovi requisiti di cui al Decreto del presidente della Regione n. 50/2024, a ratifica della DGR n. 522/2024, con cui è stata avviata la costituzione del Programma Trapianti CSE Metropolitano, tra l'Istituto e l'Azienda sanitaria universitaria giuliano – isontina.

Nel 2025 sarà inoltre probabilmente programmata la visita da parte dell'European Society for Blood and Marrow Transplantation) ai sensi degli standard JACIE – FACT (di norma, congiunta con l'ispezione del Centro nazionale Trapianti), alla naturale scadenza del certificato n. 870 del 11/03/2020 (scadenza del 10/03/2024, prorogata di un anno a causa della pandemia Covid-19), e per verificare, contestualmente, i lavori di ristrutturazione della struttura di Oncoematologia dell'Istituto.

Nel 2025 è previsto inoltre il rinnovo del certificato ai sensi della norma ISO 9001:2015 (n. 7998 settore IAF 38 – sanitario e settore IAF 37 – formazione ECM), relativa ai sistemi di gestione di 24 strutture.

Sempre nel 2025 è infine previsto il rinnovo della certificazione del Centro Attività Formative ai sensi della norma ISO 21001:2019 (primo Provider ECM italiano ospedaliero ad aver ottenuto tale certificazione).

Nel 2025 è previsto l'avviamento della certificazione ISO 15189:2024 (requisiti per la qualità e competenza dei laboratori medici) per i laboratori afferenti al Dipartimento di Diagnostica avanzata e dei servizi e per il settore dell'ingegneria clinica afferente alla S.C. Ingegneria clinica, Informatica, Approvvigionamenti, al fine di tutelare la credibilità e robustezza dei risultati analitici (in particolare, per il settore della Tossicologia del Laboratorio di Diagnostica avanzata traslazionale). La norma, entrata in vigore il 27 giugno 2024, sostituisce la UNI EN ISO 15189:2023, costituisce il recepimento – in lingua italiana – della norma europea EN ISO 15189 (ed. dicembre 2022) e dell'aggiornamento A11 (ed. novembre 2023) che assumono così lo status di norma nazionale italiana. La norma, oltre a riguardare lo sviluppo dei sistemi di gestione dei laboratori medici e la valutazione della loro competenza, è applicabile per la conferma o il riconoscimento di tale competenza da parte degli utenti del laboratorio, delle autorità di regolamentazione e degli enti di accreditamento. La nuova ISO 15189:2024 è applicabile ai laboratori medici e alle analisi decentrate (POCT). è prescrittivo adeguarsi ad essa entro il 7 dicembre 2025.

I lavori per l'ottenimento della certificazione ai sensi della norma 15189:2024 vanno di pari passo con il percorso di ottenimento della certificazione ai sensi della norma ISO 20387:2020, suddivisi su tre anni, relativi alle biobanche, per le quali continuerà la collaborazione con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, in base alla DGR n. 599/2017, che assegna a quest'ultimo la funzione di coordinamento ed indirizzo per le attività di raccolta di materiale

biologico effettuate negli altri centri regionali, nonché per l'eventuale operatività di altre sedi di stoccaggio.

Per quanto attiene la gestione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionali, le linee di gestione 2025 sanciscono gli impegni sia per i componenti dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA FVG) che per i valutatori regionali. È prevista una campagna di reclutamento (effettuata tra dicembre 2024 e gennaio 2025) che identifichi almeno 3 professionisti candidati al ruolo di valutatore regionale e dei professionisti richiesti dagli enti ministeriali per intraprendere percorsi specifici (PMA, Medicine trasfusionali e centri trapianto CSE, reti oncologiche); la partecipazione al Corso Base per candidati osservatori dell'80% dei candidati; la messa a disposizione di osservatori e valutatori per almeno 7 giorni ciascuno/anno.

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 2025

La DGR 2052/2024 (Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2025 - approvazione definitiva), ha definito la programmazione delle aziende del SSR per l'anno 2025. Nell'allegato 1 vengono esposti i risultati attesi per il 2025 ed i referenti aziendali individuati dalla Direzione Strategica al fine di agevolarne il conseguimento e la rendicontazione.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Obiettivi performance

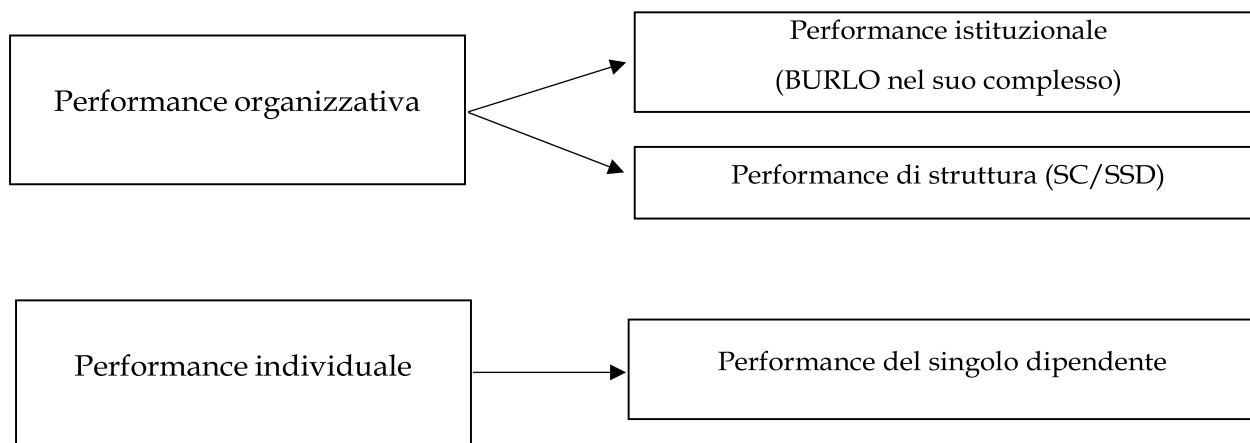
L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati 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. 196/2024.

I seguenti documenti saranno pubblicati nell'apposita sezione dell'Amministrazione trasparente ai seguenti link:

<https://www.burlo.trieste.it/content/piano-della-performance>

<https://www.burlo.trieste.it/content/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 Q11 - 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, su una maggiore consapevolezza nell'utilizzo dei dispositivi digitali nei confronti delle insidie cyber che ivi si nascondono tramite formazione strategica e *security awareness*.

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 ha iniziato un percorso di analisi dell'usabilità dei siti web in gestione; da una prima analisi si è valutato ed è in itinere l'aggiornamento del sito istituzionale principale. Continuano, inoltre, gli 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.

DISABILITY E ACCESSIBILITY MANAGER

Si richiamano le disposizioni vigenti in materia di:

- ✓ integrazione negli ambienti di lavoro delle persone con disabilità, in particolare l'art. 39 ter del D.Lgs 165/2001 che disciplina la figura del "Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro", prevedendo che "omissis... le amministrazioni pubbliche, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, nominano un responsabile dei processi di inserimento in ambiente di lavoro delle persone con disabilità individuato nell'ambito del personale in servizio" (cd *disability manager*);
- ✓ riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità di cui all'art. 2, comma 2, lett e) della L. 227/2021, attuata con il D.Lgs 222/2023 e, in particolare, il novellato art. 6 del DL 80/2021 che al comma 2 bis prevede che "Le pubbliche amministrazioni di cui al comma 1, nell'ambito del personale in servizio, individuano un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità ... omissis.. Le predette funzioni possono essere assolve anche dal responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità nell'ambito di lavoro, di cui all'art. 39 ter, comma 1, del D.Lgs. 165/2001 ove dotato di qualifica dirigenziale" (cd *accessibility manager*).

Nell'ambito delle attribuzioni relative alla figura del *disability manager*, il dirigente è tenuto a:

- ✓ curare i rapporti con il centro per l'impiego territorialmente competente per l'inserimento lavorativo dei disabili, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato;
- ✓ predisporre, sentito il medico competente della propria amministrazione ed eventualmente il comitato tecnico di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, gli accorgimenti organizzativi e proporre, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro anche ai fini dei necessari accomodamenti ragionevoli di cui all'articolo 3, comma 3-bis, del D.Lgs. 216/2003;
- ✓ verificare l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione.

- ✓ Rispetto alle funzioni previste in capo all'*accessibility manager*, al dirigente è attribuito il compito di definire specificatamente le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità all'Istituto, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, proponendo la definizione:
- ✓ degli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- ✓ della gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- ✓ degli 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.

Con nota prot. n. 3098 del 14.3.2024, i due incarichi sono stati riuniti e attribuiti al Responsabile della SSD Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria, dott.ssa Claudia Carosi. Nel 2024 è stata svolta una ricognizione su 10 dipendenti effettuando un'analisi dei rischi riferiti al luogo di lavoro e una survey per comprendere se il luogo di lavoro e la mansione siano coniugabili con la disabilità. Lo stesso tipo di procedimento verrà applicato nel 2025 sui restanti dipendenti con diverse abilità. Nel 2025 verrà fatta un'analisi sui percorsi: accessibilità ai luoghi di lavoro. Inoltre è prevista la stesura di una procedura per i soggetti che avranno accesso al nostro Istituto attraverso il collocamento mirato.

A tal fine, si richiama anche la nota prot. n. 1662 del 20.10.2021, con cui è stato nominato il dott. Dario Carlevaris quale Responsabile per la transizione digitale (RTD), ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 82/2005, al fine del necessario coordinamento per gli aspetti attinenti all'accessibilità digitale.

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) vincola 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 *Gender Equality Plan* dell'IRCCS Burlo Garofolo (GEP IRCCS) - pubblicato sul sito istituzionale all'indirizzo <https://www.burlo.trieste.it/content/gender-equality-plan> - è stato predisposto secondo le indicazioni della Commissione Europea, a cura di un Gruppo di lavoro multidisciplinare e trasversale costituito per la specifiche finalità, che ha visto coinvolto il personale delle seguenti articolazioni aziendali: Direzione scientifica, con funzioni di coordinamento dell'attività; SSD Politiche del Personale; Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione; S.C. Affari Generali e Legali, nonché il Referente per l'IRCCS e per la Regione Friuli Venezia Giulia della Medicina di Genere.

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

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, comprese 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 del GEP.

A fine di meglio ottemperare alle peculiarità, necessità e obiettivi di realizzazione del “Gender Equality Plan” dell’Istituto, con Decreto del Direttore Generale n. 281 del 21 dicembre 2023, è stata costituita la “Cabina di regia” del GEP dell’IRCCS, gruppo multidisciplinare e trasversale, coordinato dalla Direzione Scientifica, al quale partecipano la S.C. Affari Generali e Legali, la S.S.D Politiche del Personale, l’Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e la Referente per l’IRCCS e per la Regione Friuli Venezia Giulia della Medicina di Genere.

La Cabina di regia verifica e monitora l’avanzamento delle attività di attuazione del GEP e predispone con cadenza semestrale specifici report sulle predette attività.

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).

Il “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni” dell’IRCCS, organismo collegiale previsto dalla legge 183/2010, sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul 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 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

La presente sezione è stata redatta secondo le indicazioni del PNA 2022 come aggiornato con Delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023 nonché tenendo conto delle successive Delibere ANAC dalla n. 261 alla 272 del 20.06.2023 come da ultimo integrate con Delibera n. 601 del 19.12.2023, il cui scopo è quello di identificare le misure organizzative volte a ridurre e contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione, delle relazioni e dei comportamenti affinando gli strumenti di analisi utili alla comprensione e adozione delle misure idonee a prevenire, scoprire ed affrontare fenomeni di *maladministration*.

La presente sezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. La sezione costituisce un aggiornamento della sottosezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2025-2027, rispetto al quale sono stati apportati gli aggiornamenti e le modifiche necessari e conseguenti alla progressiva attuazione dell'assetto organizzativo aziendale.

Il Piano è destinato ai dipendenti ed ai collaboratori che prestano servizio presso l'Istituto ed è reso pubblico per tutti gli stakeholders interni ed esterni mediante consultazione pubblica.

La vigente disciplina in materia prevede che l'articolazione del processo di formulazione e di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, si realizzi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna Amministrazione.

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 durante la fase di gestione emergenziale è stato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico 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. Il particolare periodo storico, però, contraddistinto da molteplici cambiamenti introdotti dalla adozione del PNRR da parte del Governo a seguito della

crisi pandemica, e reso ancor più complesso dagli eventi bellici nelle regioni orientali dell'Europa, in cui sono impegnate ingenti risorse finanziarie e deroghe alla legislazione ordinaria, è richiesto un rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi.

Nell'ambito del PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 - 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) è stato integralmente finanziato l'acquisto e l'installazione di un Sistema Radiologico Fisso per la S.C. Radiologia Pediatrica (Codice CUP C99J22001630006); la fornitura del Sistema Radiologico e lo svolgimento di alcuni lavori di adeguamento edile-impiantistico degli ambienti necessari per l'installazione dell'apparecchiatura è stato completato nel mese di giugno 2024.

Grazie ai finanziamenti ricevuti dal PNRR Missione 6 Salute, Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, a sostegno di formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico - l'Istituto contribuisce al rafforzamento della ricerca biomedica in Italia con 4 progetti che mirano a sviluppare la ricerca sulle patologie croniche invalidanti e a favorire il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.

Il PNRR prevede lo sviluppo di competenze tecnico - professionali (Missione 6 - componente 2 - sub investimento 2.2 (B) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario). A tal fine l'Istituto ha proposto ai propri operatori un corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), ovvero un corso sulle infezioni ospedaliere.

Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, ANAC ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo alle Amministrazioni titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l'Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

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.

In relazione agli aspetti di corruzione che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e di rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mettono in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti, più recentemente, anche nel nostro tessuto sociale, ritenuto comunque a minor rischio rispetto ad altre zone del nostro Paese.

Nell'analisi della presente sezione le fonti di riferimento sono state prese in considerazione:

- Banca d'Italia, Economie regionali, L'economia del Friuli Venezia Giulia 2024: <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2024/2024-0028/index.html?dotcache=refresh>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2024: <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/GEN/statistica/FOGLIA3/FOGLIA105>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Osservatorio Regionale Antimafia: <https://www.consiglio.regione.fvg.it/cms/pagine/osservatorio-regionale-antimafia/relazione-attivita>
- Corte dei conti, Inaugurazione dell'anno giudiziario 2024, Relazione del Presidente e Relazione del Procuratore: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=1966b12f-58a3-4e3d-baa0-9433fe5d8323>
- ANAC, Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici: <https://www.anticorruzione.it/-/rapporto-quadrimestrale-contratti-pubblici>
- ANAC, Relazione annuale di ANAC al Parlamento: <https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2024>

L'analisi ricavabile dai documenti sopra indicati evidenzia le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'Istituto si trova ad operare, caratteristiche che non è in grado di influenzare o su cui ha ben poca influenza. Tali dati e informazioni, tuttavia, hanno condizionato l'esame delle schede di rischio, in particolare gli eventi rischiosi, le condotte significative (o "modalità") e i fattori abilitanti presi in esame nella valutazione del rischio corruttivo. Anche il novero delle misure selezionate e programmate è connesso alle necessità di mitigazione di tali fattori di rischio.

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.

SOGGETTI COINVOLTI NELL'ELABORAZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Alla prevenzione e al contrasto alla corruzione concorrono, necessariamente, una pluralità di attori istituzionali, ciascuno nell'ambito dello specifico ruolo.

Il primo tassello nella strategia di prevenzione della corruzione e nel processo di elaborazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza riguarda la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Al momento di adozione del presente PIAO l'incarico di RPCT è assegnato alla dott.ssa Martina Vardabasso, dirigente responsabile della Struttura semplice dipartimentale Programmazione e Controllo che si avvale di un funzionario di supporto.

Gli altri soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione nonché nel processo di trasparenza sono i seguenti:

- la Direzione strategica
- tutti i soggetti responsabili dei processi aziendali come da decreto n. 153 d.d. 28.12.2018
- referenti anticorruzione e trasparenza
- 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.

Di seguito si illustra la rete dei referenti per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione dell'Istituto relativa al 2025:

Rete referenti anticorruzione e trasparenza - 01.2025			
STRUTTURA	RESPONSABILE	REFERENTE TRASPARENZA	REFERENTE ANTICORRUZIONE
SC Ingegneria clinica, Informatica e Approvvigionamenti	Carlevaris D.	Pandullo M. Bozzi Cionci A.	Pandullo M.
SC Gestione Economico Finanziaria	Rachelli A.	Macovez C.	Macovez C.
SC Affari Generali e Legali	Zaro D.	Paton M. Dalmistro Odoni M.	Paton M.
SC Gestione Tecnica Edile Impiantistica	Pavan E.	Bertuzzi D.	Bertuzzi D.
SSD Politiche del Personale	Mandelli L.	Buzzo A. Mandelli A.	Buzzo A. Mandelli A.

SSD Programmazione e Controllo	Vardabasso M.	Zimolo F.	Zimolo F.
SSD Servizio prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria	Carosi C.	/	Carosi C.
SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	-	Colummi E. Fontanot D. Pim R.	Pim R. Fontanot D.
SC Farmacia	Arbo A.	/	Arbo A.
SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	Ronfani L.	/	Vecchi Brumatti L.
Direzione Sanitaria/Medica	Trua N.	Buchini S.	Russian S.
Direzione Scientifica	Zeviani M.	Assanti F. Becevello F.	Assanti F. Zerjal D.
SS Accreditamento, qualità e rischio clinico	Danielli E.	Danielli E.	/

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 nuovamente disciplinato 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:

2020	65% - 70%
2021	65% - 70%
2022	65% - 70%
2023	65% - 70%
2024	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 2020.

2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi costituisce un percorso necessario per un'adeguata analisi del contesto interno: è, infatti, necessario analizzare e mappare i processi aziendali allo scopo di effettuare un'adeguata valutazione dei rischi. 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.

Rispetto alla sottosezione Prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO 2024-2026, nell'ottica di consolidamento di quanto previsto dal precedente Piano, la mappatura è stata sostanzialmente confermata e ove necessario aggiornata.

Il Registro dei rischi rappresenta 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.

Fino al PTPCT 2021-2023, i processi “a rischio” erano quelli con valutazione di rischio moderato, elevato o molto elevato, mentre per quelli a rischio basso non erano previste azioni di contenimento né monitoraggi, sebbene i process owner dovessero segnalare eventuali variazioni.

Nel 2022, la metodologia di valutazione del rischio è stata rivista in coerenza con il PNA 2019, coinvolgendo i process owner (nota prot. n. 364 del 3.3.2022). Sempre nel 2022, questi ultimi hanno inserito i processi sulla piattaforma PROSA Exprit, includendo la valutazione del rischio anticorruzione. L'attività sperimentale ha migliorato la mappatura delle attività in alcune strutture.

Nel 2023 si è armonizzata la metodologia tra le strutture si è valutato il rischio corruzione nei nuovi processi e perfezionato il registro dei rischi che è stato allineato alla mappatura su PROSA.

Nel 2024 il registro dei rischi è aderente alla mappatura inserita nel sistema 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.

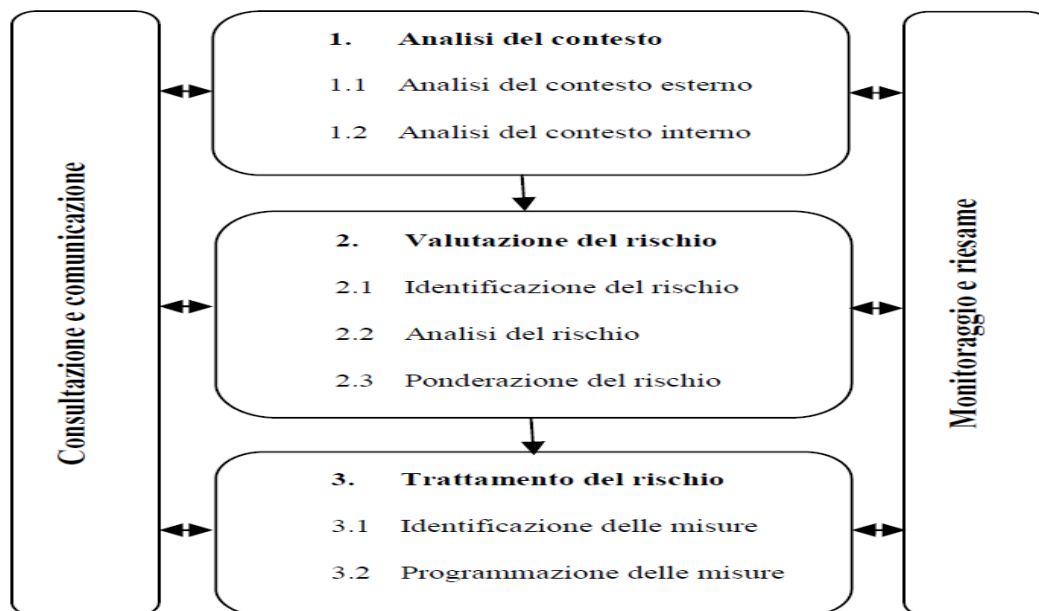
L'approccio per processi, infatti, è stato già introdotto e sviluppato all'interno dell'Istituto in ottemperanza a quanto richiesto dai percorsi di certificazione e accreditamento dei sistemi di qualità per alcune strutture cliniche, per le strutture della Direzione Amministrativa e per le articolazioni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

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.

La metodologia per la valutazione del livello di rischio, utilizzando la scheda di cui all'allegato n. 4 al presente piano, esplicita 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):

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

Dei 31 processi originariamente mappati sono stati già stralciati dal Registro degli eventi rischiosi, nel 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 sono stati stralciati il processo n. 25 e il n.

30. L'ultima fase del processo n. 28 è stata espunta causa subentrate modifiche organizzative che l'hanno resa non più attuale.

Nel 2023 è stato stralciato 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. È stata inoltre stralciata una fase del processo n. 8 in quanto parzialmente riconducibile ad un altro processo.

A partire dal 2024 è stata stralciata la fase 1 del processo n. 3 e la fase 2 del processo n. 28 perché sono attività centralizzate. In riferimento al processo n. 28 è stato rinominato "Gestione sicurezza aziendale e sorveglianza sanitaria" in quanto ha recepito l'attribuzione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori dell'Istituto in capo alla SSD Servizio Prevenzione Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria e quindi contestualmente è stata eliminata dal processo 29 "Gestione del rischio clinico". Al processo n. 22 è stata aggiunta una fase a seguito dell'introduzione del subappalto a cascata con il nuovo Codice dei Contratti.

Nel 2025 si è proceduto alla rivalutazione del rischio per quanto riguarda il "subappalto a cascata" da "alto" a "medio" della S.C. Gestione tecnica edile impiantistica visto lo scarso utilizzo dello strumento e l'applicazione delle misure organizzative di contenimento. Inoltre per la S.S. Programmazione e Controllo per "l'inosservanza delle linee annuali regionali di gestione e/o degli indirizzi ed indicazioni della Direzione strategica per vantaggi personali" la rivalutazione del rischio è stata da "medio" a "basso" perché viene annualmente adottato con decreto del DG, previo parere positivo dell'OIV, il sistema di valutazione relativo all'anno di riferimento nel quale vengono descritte le tempistiche, le fasi e i criteri della valutazione annuale sia nell'ambito della performance organizzativa sia nell'ambito di quella individuale.

Nel corso dello stesso anno, sarà possibile procedere ad ulteriori rivalutazioni del livello di esposizione al rischio in altri ambiti ritenuti necessari come da Allegato 4: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio.

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 lavori, servizi e forniture - SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti e SC Gestione Tecnica Edile Impiantistica - 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. 25 del d.lgs. 36/2023, ai sensi del quale le procedure di affidamento sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione, le competenti strutture utilizzano il portale Acquisti in rete PA (MEPA) e la piattaforma telematica e-Appalti FVG quale sistema e-procurement della Regione Autonoma Friuli

Venezia Giulia, nell'osservanza del Codice degli Appalti, e di ogni altra normativa vigente applicabile. Nell'ambito dell'affidamento di appalti di servizi, lavori e forniture, ai sensi dell'art. 49 d.lgs. 36/2023 ("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. Come già evidenziato, con decreto n. 53/2022 è stato adottato il Regolamento per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture sotto soglia, attuativo della previgente normativa in materia di contratti pubblici, che risulta ancora applicabile nelle parti non in contrasto con il nuovo Codice D. Lgs. n. 36/2023 quale, nello specifico, le modalità di attuazione del principio di rotazione a cui si conforma, pertanto, l'attività delle due Strutture aziendali sopra indicate. Nel rispetto di tale principio, le strutture che si occupano di lavori, servizi e forniture privilegiano il coinvolgimento di operatori economici diversi dal precedente affidatario nelle procedure negoziate previste dall'art. 50 del D.Lgs 36/2023, salvo nei casi in cui il mercato non offra alternative valide o vi siano comprovate condizioni di esclusività relative a prodotti e/o fornitori, tenuto conto delle ipotesi di derogabilità riportate dal su menzionato art. 49. Per quanto concerne il calcolo degli onorari per i servizi professionali di architettura e ingegneria, vengono rispettati i parametri stabiliti dal D.M. 17 giugno 2016. La verifica della regolarità dell'iter e della completezza della documentazione predisposta in sede di affidamento di contratti di forniture, lavori e servizi, viene effettuata 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.

A far data dal 2024 anche per gli avvisi interni per il conferimento di incarichi di funzione organizzativa la domanda di partecipazione alla procedura selettiva è stata, pena esclusione, prodotta esclusivamente tramite procedura telematica.

- 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. 14 e 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 è stato introdotto in 2 aziende del SSR nel corso del 2023, successivamente verrà esteso alle altre aziende secondo la programmazione regionale. Attualmente è ancora in atto la fase di collaudo tecnico amministrativo.

- 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. 125 del 27 agosto 2024, ha aggiornato il proprio "Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Revisione del regolamento approvato con decreto 227/2022" al fine di dare attuazione all'Atto Aziendale, approvato con decreto n. 62/2022 e modificato con decreto n. 613 del 3 maggio 2023. 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 e modificato con decreto n. 269/2023.

Il conferimento di tutti gli incarichi dell'IRCCS ha sempre carattere progressivo e graduale e, in analogia agli anni precedenti, anche nel 2025 e seguenti 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 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 2022, con il decreto DG 184 del 31/10/2022, è stato adottato il "Regolamento delle sperimentazioni cliniche profit e no profit". Nel 2024, l'IRCCS, attraverso il proprio referente, ha partecipato al tavolo regionale sulle sperimentazioni, con l'obiettivo di uniformare le attività e i regolamenti tra le diverse Aziende. Ai nuclei di ricerca clinica della Regione FVG è stato richiesto di predisporre una flowchart che descriva le attività relative alla valutazione e alla richiesta di approvazione degli studi clinici. A settembre 2024, è stato inoltre richiesto di fornire il numero e la tipologia degli studi clinici avviati presso i singoli Enti del SSR nel 2023 e fino alla data della richiesta del 2024. Per gli studi in corso nel 2023, era necessario indicare anche le tempistiche di attivazione, il numero di pazienti arruolabili e le quote previste dallo studio, al fine di dimensionare l'impatto di queste attività all'interno del SSR. Nel corso del 2025, con il monitoraggio e coordinamento di ARCS, verranno sviluppati e/o aggiornati i percorsi e i regolamenti per favorire la ricerca e la conduzione di studi clinici presso il nostro Istituto e nella nostra Regione.
- 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.

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
- Rappresentanti di interessi particolari

IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

In ossequio al DPR n. 62/2013 e s.m.i., “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 è stato divulgato in appositi momenti formativi. Si è posta attenzione all’attività di formazione riguardante i contenuti dei codici di comportamento, etica e integrità. La formazione è stata rivolta a tutto il personale aziendale con esiti complessivamente positivi in quanto hanno partecipato 473 dipendenti (di cui 48 dirigenti e 425 appartenenti al comparto) che hanno espresso un parere positivo con il questionario sulla qualità percepita dell’attività formativa. La formazione sulle tematiche specifiche della gestione del conflitto d’interessi, i contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza e i processi di gestione del rischio ha coinvolto 15 dipendenti appartenenti al comparto del ruolo amministrativo, i quali hanno espresso un parere positivo con il questionario sulla qualità percepita dell’attività formativa. In data 15/10/2024 il decreto 102/2023 è stato integrato con il decreto n. 155 rubricato Adozione del codice di condotta per l’integrità della ricerca dell’IRCCS Burlo Garofolo – integrazione del decreto n. 102/2023”. Inoltre con decreto n. 213 del 31/12/2024 è stato adottato il “Regolamento aziendale in tema di alcol e lavoro”.

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.

Il dipendente all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro individuale si impegna al rispetto dei sotto indicati documenti e dichiara di riceverne copia (art. 6 - doveri del contraente-):

- copia del codice di comportamento dei dipendenti della Pubblica Amministrazione di cui al DPR 62/2013, impegnandosi, nei confronti dell'Istituto, alla sua scrupolosa osservanza, ferme restando la responsabilità penale, civile e amministrativa dei pubblici dipendenti;

- copia del codice di comportamento dell'IRCCS Burlo Garofolo adottato con decreto n. 102/2023;
- copia del codice di condotta per l'Integrità della Ricerca adottato con decreto del Direttore generale n. 155/2024.

La verifica del rispetto dei codici da parte di tutti i dipendenti avviene annualmente con la valutazione della performance individuale di tutto il personale dipendente e universitario convenzionato. Le schede utilizzate per la dirigenza area sanità e la dirigenza ATP richiedono all'item n. 8 la verifica da parte del superiore gerarchico e funzionale del rispetto dei codici di comportamento; mentre tale verifica per il personale del comparto sanità viene richiesta all'item n. 7 della scheda relativa.

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 descritto nel funzionigramma di cui al proprio decreto n. 269/2023 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 2024, ha adottato il regolamento rubricato *"Individuazione e graduazione del sistema degli incarichi ai sensi degli artt. 24 e seguenti del CCNL 02.11.2022 del personale del comparto sanità"* con decreto del Direttore generale n. 99 del 27.06.2024, 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.

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 risultava anche la norma di cui all'art. 16, comma 4, del codice dei contratti pubblici, D.lgs. 36/2023 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 affidamento ed esecuzione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La norma stabilisce che "Si ha conflitto d'interesse quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nello svolgimento della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti e delle concessioni, 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 aggiudicazione o nella fase di esecuzione."

Lo stesso art. 16 prevede, quindi, che "Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 1 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene, dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione."; "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.

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 2025 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.

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. Eventuali condanne vengono comunicate dai Responsabili al RPCT.

Nel 2024 l'Istituto si è dotato del *"Regolamento in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità, ai sensi dell'art. 3-quater del decreto legge n. 217/2021, convertito con legge n. 165/2021 e s.m.i."* adottato con decreto del Direttore generale n. 70 del 30.05.2024. Sono verificate in fase di istruttoria le eventuali o potenziali situazioni di incompatibilità.

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 2025 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 s.mi.

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 è stata adeguata a quanto previsto nel decreto legislativo di attuazione della direttiva europea 2019/1937 e formalmente adottata con Regolamento di cui al decreto 189/2023.

Nel corso del 2024 è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023 per le segnalazioni di illeciti e con decreto DG n. 116 d.d. 14/08/2024 si è provveduto all'integrazione del Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione e relative forme di tutela dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, adottato con decreto n. 189 d.d. 14/7/2023.

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
- b) mediante telefono cellulare dedicato e il segnalante è tenuto a specificare che intende effettuare una segnalazione ai sensi del d.lgs. n. 24/2023 e la telefonata verrà registrata.
- c) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.
- d) piattaforma informatica dedicata

In ogni caso la protocollazione della segnalazione è effettuata in via riservata al fine di garantire l'anonimato e 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

Nel corso del 2024 l'IRCCS, come previsto nelle Aree prioritarie della formazione individuate dalle Linee di gestione 2024 dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia ha promosso e sostenuto iniziative formative in tema di Privacy e sicurezza informatica, trasparenza e anticorruzione.

L'Istituto ha aderito alla piattaforma Syllabus per il percorso formativo "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa", un'opportunità per il personale amministrativo per approfondire le competenze in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Il personale della Direzione scientifica ha seguito il corso "Rischi criminali e controlli adeguati nei progetti PNRR per la ricerca biomedica". Lo staff di supporto RPCT ha seguito "La costruzione del PIAO: da adempimento formale a opportunità di indirizzo e coordinamento aziendale".

Nel CCNL del 02.11.2022 (triennio 2019-2021) per il comparto sanità, l'art. 19 introduce i "Differenziali Economici di Professionalità" (DEP), incrementi stabili del trattamento economico che valorizzano la crescita professionale dei dipendenti, equivalenti alla precedente progressione economica orizzontale (PEO). L'attribuzione dei DEP segue i criteri del CCNL, includendo la valutazione delle competenze culturali e professionali acquisite tramite formazione strategica.

Per il 2025, l'Istituto ha individuato un corso formativo di due ore sulla "rilevazione delle presenze dei dipendenti pubblici", organizzato dal Centro Attività Formative (CAF) in modalità webinar, con dieci edizioni.

Nel 2025 è previsto anche un corso di formazione su incompatibilità ed attività extra istituzionale dei pubblici dipendenti rivolto a tutto il personale, nonché il proseguimento del percorso formativo "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa" sulla piattaforma Syllabus.

Si valuterà infine come procedere all'applicazione della Direttiva del Ministro dalla Funzione Pubblica dd 14/1/2025 relativa alla valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione, in accordo con gli altri provider della Regione FVG e tenendo conto che è stato formalmente richiesto al Ministro l'esclusione dal campo di applicazione per il personale sanitario, già soggetto all'obbligo della formazione continua attraverso il sistema ECM.

ATTIVITÀ INCOMPATIBILI A SEGUITO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (C.D. PANTOUFLAGE - REVOLVING DOORS)

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 succitata disposizione, il competente ufficio del personale acquisisce, al momento dell'assunzione tramite apposita modulistica e con accettazione nel contratto individuale di lavoro, art. 6, la dichiarazione da parte del personale assunto contenente l'impegno che se negli ultimi tre anni di servizio avrà esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Istituto, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, di non svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'Istituto svolta attraverso i medesimi poteri, ai sensi si quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001 e s.m.i. Si terrà conto delle Linee guida n. 1 - divieto di pantouflage - delibera n. 493 del 25 settembre 2024 di ANAC e nel corso del vigente PIAO:

- si costruirà una banca dati aggiornata dei dipendenti dell'IRCCS che esercitano poteri decisionali o negoziali: questo sistema consentirà di tracciare e monitorare, in maniera sistematica, eventuali incarichi successivi nel settore privato, garantendo l'accesso tempestivo alle informazioni e contribuendo a prevenire conflitti di interesse;

- si provvederà ad instaurare una maggiore comunicazione e collaborazione con altre amministrazioni e autorità di controllo per confrontare le informazioni della banca dati interna con quelle di altre fonti: questo processo di incrocio dei dati, indispensabile per identificare eventuali anomalie o violazioni, potrà rafforzare così l'efficacia del monitoraggio e delle eventuali misure sanzionatorie.

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'IRCCS 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. 36/2023.

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.

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.

Con decreto n. 191 dd. 03.12.2024 è stato adottato Patto d'integrità per appalti di lavori, servizi e forniture, aggiornato in conformità alla disciplina introdotta dal d.lgs. n. 36 del 31.03.2023.

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.

RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI

Il Burlo Garofolo promuove forme di collaborazione con le Associazioni di volontariato e di rappresentanza dei malati, per poter disporre di strumenti efficaci di comunicazione, di rilevazione delle reciproche esigenze, di integrazione delle rispettive potenzialità e competenze e la costruzione di progetti comuni, al fine di conseguire i migliori risultati per i pazienti e le loro famiglie.

Per disciplinare e regolare il confronto con le Associazioni l'Istituto ha stipulato apposite convenzioni e ha redatto un apposito regolamento: le attività di volontariato all'interno delle strutture sono rese in regime convenzionale e nel 2023 è stato revisionato il "Regolamento disciplinante le attività delle Organizzazioni di Volontariato (OdV), delle Associazioni di Promozione Sociale (APS) e degli altri Enti del Terzo Settore (ETS)", adottato con decreto n. 268 dd 11/12/2023 (con contestuale abrogazione dell'atto regolamentare prot. n. 2995 dd. 03.04.2021).

Di seguito l'elenco delle Associazioni con convenzione in atto (vengono riportati i riferimenti relativi ai rapporti convenzionali attualmente vigenti, ancorché risultanti da un rinnovo):

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	INIZIO	SCADENZA	PROTOCOLLO	REGISTRAZIONE
ABC Burlo	28/04/2024	27/04/2027	Prot. n. 8098/2024	Reg. Cont. 1588/2024
ABF ANDREA BOCELLI FOUNDATION	11/09/2024	FINE ANNO SCOLASTICO 2024/2025	Prot. n. 9466/2024	Reg. Cont. 1602/2024
AGMEN	24/03/2024	23/03/2027	Prot. n. 6763/2024	Reg. Cont. 1577/2024
ANVOLT	05/07/2023	05/07/2026	Prot. n. 7747/2023	Reg. Cont. 1463/2023
ASTRO	03/02/2024	02/02/2027	Prot. n. 9441/2024	Reg. Cont. 1601/2024
AZZURRA	02/12/2024	03/09/2027	Prot. n. 187/2021	Reg. Cont. 1254/2021
FONDAZIONE THUN	03/02/2022	01/02/2025	Prot. n. 580/2022	Reg. Cont. 1263//2022
COMPAGNIA DELL'ARPA A DIECI CORDE	15/06/2023	23/06/2026	Prot. n. 7325/2023	Reg. Cont. 1456/2023
KIDS KICKING CANCER ITALIA	21/03/2024	20/03/2027	Prot. n. 3396/2024	Reg. Cont. 1556/2024
IL PORTO DEI PICCOLI	31/07/2023	30/07/2026	Prot. n. 8711/2023	Reg. Cont. 1481/2023
IO TIFO SVEVA APS	17/06/2021	16/06/2024	Prot. n. 5795/2021	Reg. Cont. 1209/2021
LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA	04/12/2021	04/06/2027	Prot. n. 6208/2024	Reg. Cont. 1576/2024
MARISA CENTRO AIUTO ALLA VITA	21/06/2021	03/11/2027	Prot. n. 1165/2024	Reg. Con. 1617/2024
SCRICCIOLO	20/01/2022	27/03/2024	Prot. n. 567/2022	Reg. Con. 1258/2022
SCUOLA IN OSPEDALE	13/03/2015	A RICHIESTA	Prot. n. 2196/2015	Reg. Con. 768/2015

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 2024-2026, le scadenze di seguito indicate (le scadenze hanno periodicità costante nel corso del triennio e pertanto vengono riportate solo quelle relative al 2025):

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
31/3/2025	Adozione del PIAO 2025-2027	Direttore generale su proposta Responsabile RCPT e referenti PIAO
In corso d'anno 2025 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>)

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
31/08/2025	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>)
30/11/2025	<i>Audit</i> di verifica su: - Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i processi individuati - Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte - Conformità della conferma o meno del grado di rischio, attraverso scheda - Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio - Verifica adempimenti di pubblicazione.	Responsabile RPCT + +Responsabile del processo/ (<i>Processowner</i>) di Struttura+ Referente Anticorruzione e Trasparenza
31/12/2025 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 31 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, in presenza di criticità rilevate in sede di audit.

VERIFICA DA PARTE DI SOGGETTI ESTERNI

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.

OBBLIGHI 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 2024 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.

L'Istituto, inoltre, prende atto della Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024 di approvazione di n. 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

Il Burlo procederà all'aggiornamento progressivo delle sezioni di Amministrazione trasparente rispetto ai predetti schemi, relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31, nelle tempistiche previste dalla delibera stessa.

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

I referenti aziendali sono competenti anche per gli adempimenti relativi alla Trasparenza ed effettuano 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 collaborano 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.

Il documento "*Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013*" approvato con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 di ANAC istituisce la procedura di validazione dei requisiti della qualità del dato pubblicato mediante una sistematica attività di verifica riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da

pubblicare. La procedura di validazione è affidata alla rete dei Referenti della trasparenza in quanto soggetti che conoscono approfonditamente i dati e le informazioni elaborate.

Al fine di dare maggior evidenza all'attività di validazione in capo ai singoli responsabili è stata condivisa e programmata un'attività di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell'AT (3 sottosezioni a trimestre), da parte dell'RPCT ed i cui esiti verranno formalmente comunicati ai singoli responsabili.

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.CI.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 è un Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino.

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. 131 del 3.5.2023 è stato 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’IRCCS Burlo Garofolo, definendo l’identità aziendale, *mission* e *vision* dell’Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell’Ente.

Inoltre, con decreto n. 254 del 17.11.2023 è stato adottato il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell’Istituto, ai sensi del predetto D.Lgs 288/2003 e s.i.m, in particolare dell’art. 6 “Disposizioni in materia di organizzazione e requisiti degli organi”.

A definizione della procedura di cui all’art. 1, comma 1-ter del più volte citato D.Lgs 288/2003, con Decreto del Ministero della Salute 25 ottobre 2023 l’Istituto viene formalmente annoverato tra gli IRCCS monotematici, attraverso l’individuazione dell’unica area tematica di afferenza di “pediatria”.

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

L'Istituto, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi della Programmazione Sanitaria 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.

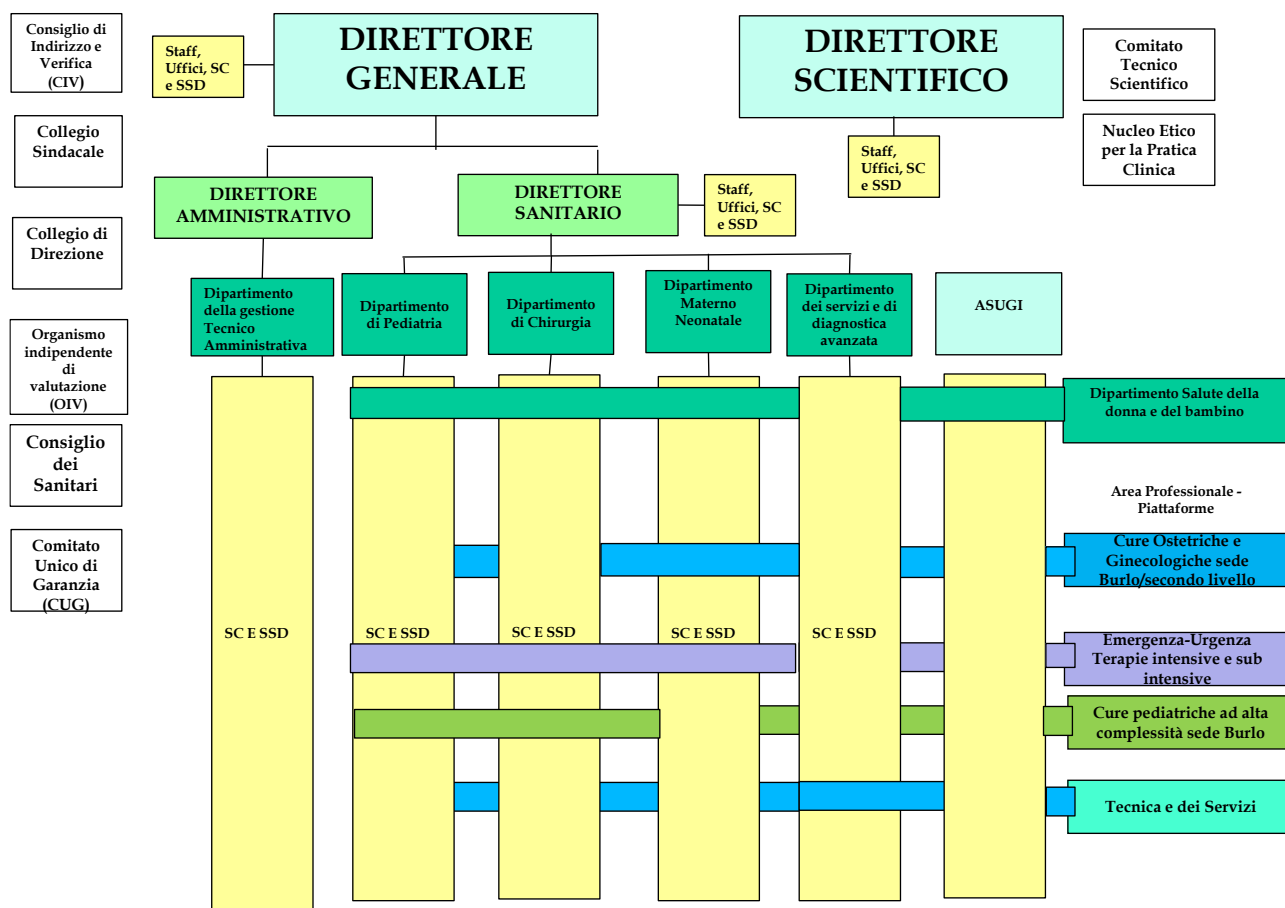
Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche 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 dal 2021, dato poi confermato negli anni a seguire, tra i 150 ospedali pediatrici migliori al mondo, secondo una classifica stilata annualmente dal Newsweek in collaborazione con la Società di ricerca Statista.

Si riporta nel grafico sottostante la struttura organizzativa dell'IRCCS.



3.2 Organizzazione del lavoro agile

DISCIPLINA DEL LAVORO AGILE IN VIA ORDINARIA

L'IRCCS, nell'ottica di conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro, ha adottato in data 8 febbraio 2023 con Decreto n. 50 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.

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.

Superata in maniera definitiva la fase emergenziale, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle PP.AA. è ritornata ad essere quella svolta in presenza, riconoscendo comunque 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 personale con quelli lavorativi.

La prestazione può essere eseguita in modalità agile qualora 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...).

La verifica della sussistenza delle condizioni di cui sopra è effettuata dal Direttore/Responsabile di struttura che dovrà attestare altresì la compatibilità con le esigenze di servizio della Struttura ed in particolare:

a) l'invarianza dei servizi tesi a favore dell'utenza interna ed esterna nonché l'efficace ed efficiente svolgimento dei processi di lavoro ai quali il dipendente è assegnato;

b) la non sussistenza di situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, la definizione di un piano di smaltimento dello stesso.

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.

Il numero di giorni di lavoro agile fruibili su base annua sono stati definiti avendo a riferimento quanto previsto nei D.M. del 08/10/2021 e D.M. del 30/06/2022 – tuttora vigenti – secondo i quali 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, pertanto come previsto nel Regolamento 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 fruiti).

Si ritiene opportuno inoltre richiamare la circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 con oggetto "Lavoro agile", per ribadire il riconoscimento della funzione di tutela che riveste l'istituto in argomento per i lavoratori fragili, nella continua ottica della salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, garantendo ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Per ogni accordo di lavoro agile sottoscritto viene attivato un collegamento VPN personale in modo da garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile. La prestazione lavorativa è consentita tramite l'uso di dotazioni tecnologiche (PC, telefono, ecc.) nella disponibilità del dipendente, in caso di indisponibilità di strumentazione personale, l'Istituto si impegna a fornire l'idonea dotazione tecnologica compatibilmente con le disponibilità esistenti. In caso di indisponibilità della strumentazione l'autorizzazione viene temporaneamente sospesa.

Il dipendente è tenuto altresì a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui procede al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni. A tal fine inoltre il dipendente, in considerazione dello svolgimento delle prestazioni al di fuori della sede dell'Istituto, assume l'impegno di adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso

dell'Istituto che vengono trattate dal dipendente stesso e ad evitare che terzi possano accedere, produrre o copiare tali dati ed informazioni.

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.

DATI SULLE ATTIVAZIONI DI LAVORO AGILE PRESSO L'ISTITUTO

Alla data del 14 febbraio 2025 risultano attivi, ai sensi del Regolamento di cui sopra, 108 accordi individuali per lo svolgimento della modalità di lavoro agile, suddivisi come da tabelle sotto riportate.

COMPARTO		
RUOLO	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
AMMINISTRATIVO	Coadiutore Amministrativo	1
	Assistente amministrativo	21
	Assistente amministrativo interinale	1
	Collaboratore amministrativo	16
	Collaboratore amministrativo senior	1
TECNICO	Collaboratore tecnico professionale senior	1
	Collaboratore tecnico	2
	Collaboratore tecnico interinale	1
	Assistente informatico	2
SANITARIO	Collaboratore professionale sanitario senior	1
	Cps- infermiere e infermiere pediatrico	7
	Cps - tecnico della prevenzione	2
	Cps - assistente sociale	1
	Ostetrica	1
RICERCA	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	16
	Ricercatore sanitario	19
Totale attivazioni - personale comparto		93

DIRIGENZA		
AREA	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
PTA	Dirigente amministrativo	5
	Dirigente statistico	2
SANITARIA	Dirigenti medici	3
	Dirigenti sanitari	3
	Dirigenti delle professioni sanitarie	2
Totale attivazioni - personale dirigente		15

OBIETTIVI PERSEGUITI RELATIVI ALL'APPLICAZIONE DEL LAVORO AGILE

Alla luce della sottoscrizione del nuovo CCNL della Dirigenza Area Sanità, avvenuta in data 23 gennaio 2024 e della sottoscrizione per il CCNL Dirigenza ATP, avvenuto in data 16 luglio 2024, si rende opportuno rivedere il Regolamento di cui sopra integrandolo con quanto previsto dai CCNL di tutte le Aree.

Il riconoscimento definitivo del lavoro agile quale strumento ordinario di svolgimento della prestazione lavorativa comporta la necessità di un aggiornamento della 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”), formalizzata con Decreto del Direttore Generale n. 140 dd. 20.11.2020 rubricato “Riconoscimento delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile”, nell’ottica di aggiornare i processi e le attività di lavoro per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

L’IRCCS al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell’ambito delle attività del piano della formazione prevederà specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

I percorsi di formazione dovranno accrescere le competenze del personale all’utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile, nonché diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l’empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul lavoro.

AGGIORNAMENTI NORMATIVI

Con la legge n. 203 del 13 dicembre 2024 è stato modificato l’art. 23 della legge n. 81 del 22 maggio 2017 stabilendo che entro cinque giorni dalla data di avvio del periodo oppure entro i cinque giorni successivi alla data in cui si verifica l’evento modificativo della durata o della cessazione del periodo di lavoro svolto in modalità agile il datore di lavoro comunica in via telematica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro in modalità agile.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è un atto di programmazione per la gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l’ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa e ad assicurare il rispetto degli equilibri di finanza pubblica dell’Amministrazione. In quanto atto di programmazione deve esser adottato nell’esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell’art. 4, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001.

È atto triennale a scorrimento annuale, soggetto a revisione che non vincola l’Istituto ma orienta l’attività assunzionale dello stesso.

Ai sensi dell’art. 6-ter del D.Lgs. n. 165/2001, il successivo Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell’8 maggio 2018 ha emanato le Linee di indirizzo, di natura non regolamentare, per la predisposizione del Piano da parte delle amministrazioni pubbliche: con tale DM viene definita una metodologia operativa di orientamento per l’Amministrazione.

In applicazione del predetto DM, è necessario effettuare un'analisi propedeutica di due tipi:

- **quantitativa:** riferita *“alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri che consentano di definire un fabbisogno standard per attività omogenee o per processi da gestire”;*
- **qualitativa:** riferita *“alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare”.*

Deve essere in tal modo superato il concetto di dotazione organica, strumento da sempre rigido e cristallizzato e soggetto a un poco snello iter di modifica, e sostituito dal PTFP finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze della PA.

Va altresì anche ricordato che il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018 evidenzia come le Linee di indirizzo per i PTFP debbano essere *“complementari a quelle previste dall'articolo 35, comma 5.2, del d.lgs. 165/2001, sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale. La programmazione del fabbisogno, infatti, trova il suo naturale sbocco nel reclutamento effettivo della forza lavoro. Ed è evidente che anche le regole del reclutamento debbano rinnovarsi e perfezionarsi soprattutto quando siano state individuate nuove professioni e relative competenze professionali da mettere al servizio delle pubbliche amministrazioni.”*

Con DGR n. 2052 del 30.12.2024 rubricata “LR 22/2019 – Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2025. Approvazione definitiva. Finanziamento agli Enti del S.S.R. per l'anno 2025 - assegnazione e erogazione in via provvisoria” e successive indicazioni trasmesse da ARCS ad oggetto “Indicazioni per la redazione della proposta di piano attuativo e bilancio preventivo 2025” è stato definito il tetto di spesa per l'anno 2025, comprensivo delle voci di costo già consolidate e certificate.

Per l'IRCCS Burlo Garofolo il tetto di spesa è stato quantificato nella misura di € 47.013.580,46.

3.3.1 Rappresentazione della consistenza del personale al 31/12/2024

Di seguito si riporta la forza del personale alla data del 31.12.2024 e quella presunta alla data del 31.12.2025:

Ruolo	Forza al 31.12.2024	Forza presunta al 31.12.2025 (nota alla data di stesura del presente PTFP)
Dirigenza		
Ruolo sanitario	178	184
Ruolo professionale	2	2
Ruolo tecnico	3	3
Ruolo sociosanitario	1	1

Ruolo	Forza al 31.12.2024	Forza presunta al 31.12.2025 (nota alla data di stesura del presente PTFP)
Ruolo amministrativo	9	10
Totale dirigenza (senza universitari)	193	200
Comparto		
Ruolo sanitario	372	396
Ruolo socio sanitario	95	96
Ruolo tecnico	27	34
Ruolo amministrativo	80	92
Ruolo ricerca	66	74
Totale comparto	640	692
TOTALE COMPLESSIVO (senza universitari)	833	892
Personale universitario	14	15
TOTALE COMPLESSIVO (con universitari)	847	907

Alla data di redazione del piano il numero totale presunto del personale in forza al 31/12/2025 presso l'Istituto viene stimato in totali 907 **unità**, comprensivo delle 15 unità di personale universitario, con previsto incremento di 60 unità rispetto al 31/12/2024.

Per il dettaglio dei profili professionali si rinvia alla tabella 20A.

3.3.2 Programmazione delle risorse umane

In termini di risultati attesi, l'Istituto nel corso del 2025 mira a:

1. garantire l'attività assistenziale ordinaria mediante il turn-over ritenuto necessario, con prioritaria attenzione al personale sanitario, compatibilmente con le risorse disponibili e valutando la non sostituzione di alcuni profili in esaurimento e solo in taluni casi anticipando il turn-over per permettere di affrontare la notoria carenza di personale di alcuni profili professionali;
2. procedere al completamento delle assunzioni previste per l'anno 2024 le cui procedure di acquisizione non si erano ancora concluse. In questa prospettiva verrà completata la manovra del personale necessario a garantire la piena funzionalità del nuovo Poliambulatorio di Via dell'Istria n. 63;
3. procedere all'acquisizione del personale necessario a garantire le nuove funzioni in capo all'IRCCS;
4. proseguire il percorso di valorizzazione della ricerca mediante acquisizione di nuove unità non solo del ruolo della ricerca ma anche di profili sanitari chiamati a svolgere attività di stretta connessione assistenza-ricerca;
5. continuare l'attuazione di quanto previsto nell'Atto aziendale e nel Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS;

6. procedere all'acquisizione di alcuni profili professionali strategici al fine di aumentare la capacità produttiva dell'Istituto, previa verifica e analisi dei costi del personale coerentemente con lo sviluppo delle attività e l'incremento della produzione;
7. proseguire nel percorso di stabilizzazione del personale, che dal 2024 ha coinvolto anche il personale del ruolo della ricerca.

Oltre al personale con rapporto giuridico di subordinazione la previsione delle unità stimate al 31.12.2025 con rapporto di somministrazione, collaborazione e libero professionale è riportata nella tabella sottostante.

CONTRATTI FLESSIBILI	N. UNITA'
co.co.co.	
l.p.	12
somministrazione:	12
- ruolo sanitario	1
- ruolo socio sanitario	
- ruolo tecnico	4
- ruolo amministrativo	7
- ruolo professionale	
altro (specificare...)	
TOTALE	24

GARANZIA DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE ORDINARIA

La programmazione relativa alle politiche assunzionali 2025 è finalizzata, anzitutto, alla garanzia della sostenibilità dell'attività assistenziale dell'IRCCS.

In tale prospettiva la manovra 2025 prevede ovviamente la garanzia del turn over che, per alcuni e limitati profili sanitari, potrà essere anticipato in considerazione della notoria difficoltà di reclutamento del personale.

Verranno poi completate le assunzioni già previste nel PTFP 2024 e prima non concretizzatesi o per l'assenza di candidati interessati, o per la necessità di procedere ad un incremento graduale della dotazione che fosse in linea con l'altrettanto graduale piena funzionalità dei nuovi ambulatori siti nella palazzina di via dell'Istria n. 63: in tale prospettiva si evidenzia come n.2 unità infermieristiche e l'igienista dentale da assegnare al nuovo Poliambulatorio, già previste nel 2024, saranno acquisite nei primi mesi del 2025.

Analogamente è stata differita al 2025 l'acquisizione del dirigente psicologo da assegnare all'hospice pediatrico di cui alla DGR n. 1475/2023 e la cui procedura di mobilità era stata attivata già nel 2024 ed è parimenti stata posticipata al 2025 l'assunzione di un'ulteriore unità dirigenziale per la funzione di terapie cellulari fase 1.

Con riferimento, invece, alle nuove assunzioni di area sanitaria previste nel 2025, esse mirano anzitutto a potenziare ulteriormente le attività del nuovo Poliambulatorio: in tale prospettiva e per

garantire la funzionalità dei n.8 riuniti ora presenti presso la SCU Odontostomatologia pediatrica si giustifica infatti la prevista acquisizione di n. 4 unità di assistenti di studio odontoiatrico.

Inoltre, i fabbisogni di area sanitaria saranno incrementati come segue:

- è stata prudenzialmente prevista un'ulteriore unità di personale medico universitario nelle more dell'iter autorizzativo;

- quale incremento di dotazione: n. 1 tecnico sanitario di laboratorio biomedico, n. 1 tecnico sanitario di radiologia medica e n. 1 assistente sanitario;

- n. 1 dietista, in sostituzione di dipendente in aspettativa senza assegni per passaggio ad altro profilo professionale del ruolo della ricerca;

- complessive n.17 unità, di cui n. 10 di area sanitaria, per ottemperare agli obblighi di assunzione di cui alla legge n. 68/1999. Sul punto preme evidenziare che l'Istituto è stato in più occasioni sollecitato dal competente Centro dell'Impiego onde procedere alla copertura dei posti che, per legge, sono da riservare agli appartenenti alle categorie protette di cui alla L. 68/1999. Nel corso del 2024 è stato quindi necessario riformulare i termini del precedente "Programma di inserimento lavorativo" in virtù di convenzione registrata con n. 396/2021 e stipulata tra l'Istituto e la Direzione Centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia della Regione autonoma F.V.G., Servizio interventi per i lavoratori e le imprese – Struttura stabile Collocamento mirato di Trieste, ai sensi dell'art. 11 c.1 della legge n. 68/1999 e s.m.i. In forza della menzionata riformulazione l'IRCCS dovrà procedere all'assunzione di complessive n. 17 unità entro l'anno 2025 e ulteriori n. 3 unità entro il mese di marzo 2026.

Infine, è previsto un necessario e significativo incremento di personale di area amministrativa in relazione alle nuove funzioni che l'Istituto assumerà, come infra esposto.

PERSONALE AMMINISTRATIVO E REINTERNALIZZAZIONE DI FUNZIONI IN SENO ALL'IRCCS

Preso atto che le linee di gestione 2025, con riguardo al personale amministrativo, non pongono più limiti percentuali, ma assoluti – avuto riguardo al numero di dipendenti del ruolo amministrativo al 31.12.2024 -, preme evidenziare quanto segue:

- nel II semestre 2024 sono cessati n. 4 coadiutori amministrativi (già cat. B) per i quali sinora non è stato garantito il *turn over* e che si prevede di sostituire nel 2025 con altrettante unità appartenenti alle categorie di cui alla legge n.68/1999 e s.m.i. onde ottemperare agli specifici obblighi assuntivi già sopra esposti;

- in data 30.12.2024 sono cessate due unità di collaboratori amministrativi titolari di incarico per le quali sinora non è stato garantito il *turn over*.

- verrà differita al 2025 l'acquisizione di n. 1 unità di dirigente amministrativo, già prevista nel PAO 2024 quale incremento di dotazione finalizzato a gestire attività amministrativa sempre più specialistica, soggetta a costante e serrata evoluzione normativa nazionale e comunitaria che richiede adempimenti giuridico amministrativi ed aggiornamenti qualificati e specifici;

- l'acquisizione di un'unità amministrativa è prevista inoltre dal D.P. Reg. 050/2024 (che ratifica la DGR 522/2024) quale requisito di accreditamento del programma trapianti CSE metropolitano giuliano-isontino (requisito n. PT.O.45).

Le unità sopra indicate dovranno dunque essere considerate ai fini del rispetto del vincolo amministrativo.

Inoltre, con riferimento al personale amministrativo preme evidenziare la necessità di incrementare la dotazione per effetto della decisione assunta da ASUGI di recedere, a far tempo dal 01.01.2026, dall'attuale convenzione in essere con l'IRCCS (nota prot. 8087 del 25.07.2024).

È bene precisare che sin dall'anno 1999 le due aziende avevano concordato una gestione comune e unitaria del personale - mediante l'impiego dei dipendenti dell'allora ASS e dell'IRCCS a ciò preposti - per le funzioni degli uffici giuridici, trattamento economico, contributi e previdenza. Ciò rispondeva alla volontà di garantire una gestione sinergica e condivisa tra le due Aziende di tali funzioni.

A fronte del collocamento in quiescenza di alcune unità di personale dipendente dell'Istituto ma allocate presso gli uffici di ASUGI, la convenzione è proseguita mediante corresponsione di un importo calcolato quale rimborso dei costi, valutati avendo riguardo ai carichi di lavoro e ai costi di gestione connessi alle funzioni in argomento.

Alla data di redazione del presente documento, tuttavia, solo n.2 dipendenti dell'Istituto, entrambi assistenti amministrativi, sono tuttora allocati (in comando) presso gli uffici di ASUGI, l'una con funzioni segretariali e l'altra presso l'ufficio previdenza. I restanti dipendenti dell'Istituto che erano in comando presso ASUGI per la gestione sinergica in argomento (entrambi titolari di incarico rispettivamente per l'ufficio stipendi e per l'ufficio previdenza) sono infatti cessati per quiescenza a fine 2024.

Allo stato, dunque, nessun dipendente dell'IRCCS risulta formato né per la funzione giuridica, né per la funzione contributi, né per la funzione stipendi, mentre a seguito della cessazione della convenzione rientreranno dal comando n.2 unità di assistenti amministrativi, l'uno con funzione segretariale e l'altro attualmente in servizio presso l'ufficio previdenza nel profilo di assistente amministrativo.

È evidente tuttavia che lo scenario che si profila, in assenza di adeguate misure correttive, comporta il concreto rischio di paralisi delle funzioni finora gestite in convenzione da ASUGI a far tempo dal 2026, con tutti gli inevitabili contraccolpi da ciò derivanti.

Ciò comporta l'assoluta necessità, per l'IRCCS, di rendersi autonoma con riferimento alle strategiche funzioni degli uffici giuridici, trattamento economico, contributi e previdenza mediante acquisizione di proprio personale già nel corso del I trimestre 2025 onde poter quantomeno avviare un percorso di formazione. Preme peraltro evidenziare che l'Istituto non svolge in proprio tali funzioni da oltre 20 anni e tale formazione non potrà quindi avvenire all'interno dell'IRCCS ma dovrà richiedere necessariamente la collaborazione di altri Enti. In tal senso è stato già richiesto ad ASUGI di accogliere nei propri uffici, mediante istituto del comando finalizzato o altro idoneo istituto giuridico, il personale che l'Istituto assumerà per le funzioni in argomento. Sino ad ora ASUGI non ha peraltro fornito riscontro. Si ribadisce l'assoluta urgenza e importanza delle acquisizioni e della formazione del nuovo personale, in difetto del quale l'IRCCS non potrà adempiere alla gestione ordinaria di fondamentali funzioni, comprese quelle stipendiali.

Quanto al numero di unità da acquisire ai fini di cui sopra, tenuto conto della necessità di garantire il costante svolgimento delle funzioni in argomento, è evidente che ogni funzione non potrà essere assolta da un unico funzionario ma dovrà prevedere almeno 2 funzionari onde consentire il godimento di ferie, riposi ecc.

Pertanto, le nuove unità da acquisire dovranno essere almeno n. 5, di cui n. 3 collaboratori professionali onde garantire la necessaria autonomia.

Tali acquisizioni dovranno avvenire in deroga agli attuali limiti giacché derivante da riorganizzazione delle funzioni, peraltro conseguente alla scelta di ASUGI formalizzata con nota prot. 8087 del 25.07.2024.

Si evidenzia che, benché l'effettiva reinternalizzazione delle funzioni in argomento avverrà a far tempo dal 2026, in considerazione della necessaria acquisizione e formazione di personale già dal corrente anno e al fine di dare compiuta evidenza della riorganizzazione in parola e dei relativi costi è stata compilata la tabella 20C denominata "modifiche organizzative".

PERSONALE DELLA RICERCA

La politica assuntiva dell'Istituto resta condizionata anche nel 2025, così come già avvenuto a partire dal 2019, dal rilevante ruolo del personale della ricerca.

Di seguito si riporta sintesi esplicativa del progressivo incremento di unità di personale dipendente dell'Istituto del ruolo di ricerca sanitaria:

PERSONALE DELLA RICERCA (RICERCATORI SANITARI E COLLABORATORI PROFESSIONALI DI RICERCA SANITARIA)						
31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023	31.12.2024
0	22	27	26	51	63	66

Nel corso del 2025 si procederà all'acquisizione di nuove unità di personale della ricerca sulla scorta delle necessità assuntive della Direzione Scientifica, con le risorse economiche a ciò destinate.

Inoltre nel 2025 si procederà all'emissione di un secondo bando di stabilizzazione del personale in argomento ai sensi dall'art. 3-ter del DL 30.5.2023, n. 51, convertito con legge 3 luglio 2023, n. 87, dopo il precedente bando emesso nel 2024 e che ha portato alla stabilizzazione di complessive n. 20 unità, di cui n. 11 ricercatori e n. 9 collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

I fabbisogni di personale del ruolo della ricerca previsti dalla competente Direzione Scientifica alla data del 31.12.2025 è riassunta come segue:

N. tot. unità appartenenti al ruolo della ricerca stimati alla data del 31.12.2025	74
Di cui:	
Ricercatori sanitari a tempo indeterminato	23
Ricercatori sanitari a tempo determinato	28
Collaboratori professionali di ricerca sanitaria a tempo indeterminato	12
Collaboratori professionali di ricerca sanitaria a tempo determinato	11

3.3.3 Obiettivi di trasformazione delle risorse

VALORIZZAZIONE E STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE

In generale le leve di valorizzazione e motivazionali del personale, nell'ambito della complessiva evoluzione normativa e contrattuale del SSN, vanno interpretate ed applicate quali precisi diritti e doveri gestionali. L'aspettativa dei dipendenti al legittimo riconoscimento dei propri meriti oltre alla legittima necessità di acquisire la formazione necessaria che permetta loro il raggiungimento degli obiettivi che l'Istituto si è prefissato ed ha declinato nelle negoziazioni di budget, deve essere considerata propedeutica e fondamento della gestione del personale in senso lato e per il raggiungimento degli obiettivi stessi aziendali.

Il PTFP 2025-2027 terrà quindi particolarmente conto sia della puntuale applicazione degli istituti giuridici ed economici di valorizzazione del personale come previsti dai rispettivi CCNL delle aree (attribuzione degli incarichi del comparto e della dirigenza, progressioni economiche), sia della formazione; quest'ultima andrà considerata quale aggiornamento tecnico scientifico delle diverse professionalità ma anche formazione permanente finalizzata allo sviluppo dei servizi.

Infine, sempre nel contesto della valorizzazione va ricondotta la possibilità di stabilizzare il personale precario. In coerenza con il *favor* dimostrato dal legislatore, l'Istituto intende proseguire nella politica di stabilizzazione del personale precario già intrapresa da anni.

Il tema della stabilizzazione del personale ha interessato già dal 2024 - a seguito della novella introdotta dall'art. 3-ter del DL 30.5.2023, n. 51, convertito con legge 3 luglio 2023, n. 87 - anche il personale del ruolo della ricerca.

- Sulla scorta di precise indicazioni ministeriali, nel corso del 2024 l'Istituto ha proceduto alla stabilizzazione di complessive 20 unità, di cui 9 collaboratori professionali di ricerca sanitaria e 11 ricercatori.

- Nel corso del 2025 si procederà all'emissione di un nuovo bando per la stabilizzazione di ulteriori n.15 unità, di cui n. 12 ricercatori e n.3 collaboratori professionali di ricerca sanitaria, in coerenza con i fabbisogni complessivi comunicati dall'IRCCS al Ministero con nota prot. 4959/2023.

Dette stabilizzazioni risultano coperte da specifico finanziamento.

3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno

FONDI CONTRATTUALI

In attuazione di quanto disposto dalla DGR 48/2024 e dalle indicazioni operative trasmesse da ARCS, l'Istituto si riserva di incrementare i fondi contrattuali per la quota media *pro capite* alle condizioni di cui alla richiamata DGR.

L'IRCCS proseguirà inoltre nella graduale attribuzione degli incarichi dirigenziali e del comparto previsti dall'Atto aziendale e dai successivi decreti attuativi ed il cui costo insiste nei rispettivi fondi contrattuali.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

- Sono stati indicati nella tabella 20F i costi relativi alle prestazioni aggiuntive del personale del comparto e della dirigenza finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa per l'importo massimo finanziato, pari ad € 200.000,00.

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, 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 finalizzato a:

- sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze del personale dell'Istituto di tutti i profili professionali 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 i professionisti sanitari con obbligo di crediti ECM, che ai professionisti o agli operatori senza obbligo di crediti ECM e afferenti alla ricerca scientifica come da mandato e natura dell'Istituto.

I programmi di formazione continua e le attività di didattica istituzionale sono sviluppati attraverso il Centro Attività Formative in staff alla Direzione Generale nella SSD Innovazione e Sviluppo, Relazioni interne ed esterne e Formazione.

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 rinnovata in data 07.07.2023 per la durata di 5 anni. 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 e ai sensi della norma ISO 21001:2019 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) e di FAD 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 al personale del Servizio Sanitario Regionale;
- la gestione delle richieste di aggiornamento fuori sede del personale ed il monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati;
- 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 realizzazione delle linee affidate da PNRR -Missione 6 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. I percorsi formativi saranno programmati nelle annualità 2024-2025-2026, sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider regionali.
- la gestione e organizzazione di percorsi formativi dedicati ad altre linee PNRR quali la FSE e Cybersecurity.

La programmazione delle attività formative, in cui vengono descritti il contesto, le strategie e l'insieme delle attività previste dall'Istituto, è declinata annualmente.

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 PA;
- le indicazioni derivanti dal Comitato Scientifico della Formazione (CSF) dell'IRCCS;
- le indicazioni da PNRR.

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 a sua volta viene sottoposta alla Direzione Strategica al fine di eventualmente integrarla e/o modificarla e discuterla quindi con il Comitato Scientifico della Formazione.

La bozza del PFA viene illustrata altresì 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, politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia, in allegato al presente documento completo di parte narrativa e n. 4 allegati dove sono presenti i percorsi formativi che rispondono alle richieste di fabbisogno pervenute.

Il PFA, infatti, costituisce una sezione del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (Allegato 6 del PIAO).

Nel PFA sono chiaramente indicati:

- il rationale delle proposte formative;
- gli obiettivi delle proposte formative;
- il Responsabile Scientifico e la struttura proponente;
- i destinatari delle azioni formative programmate;
- il numero delle edizioni, le ore di formazione e le tempistiche ipotizzate per la realizzazione.

Il Piano Formazione Aziendale rappresenta la risposta 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.

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.

Il documento “*Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013*” approvato con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 di ANAC istituisce la procedura di validazione dei requisiti della qualità del dato pubblicato mediante una sistematica attività di verifica riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da

pubblicare. La procedura di validazione è affidata alla rete dei Referenti della trasparenza in quanto soggetti che conoscono approfonditamente i dati e le informazioni elaborate.

Al fine di dare maggior evidenza all'attività di validazione in capo ai singoli responsabili è stata condivisa e programmata un'attività di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell'AT (3 sottosezioni a trimestre), da parte dell'RPCT ed i cui esiti verranno formalmente comunicati ai singoli responsabili.

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.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: REFERENTI LINEE DI GESTIONE 2025

**ALLEGATO 2: OBIETTIVI PER IL RAGGIUNGIMENTO DELLE PARI
OPPORTUNITÀ E DELL'EQUILIBRIO DI GENERE**

ALLEGATO 3: REGISTRO DEI RISCHI 2025

**ALLEGATO 4: SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE
AL RISCHIO**

**ALLEGATO 5: TABELLA DEGLI ADEMPIMENTI DI PUBBLICAZIONE PER
LA TRASPARENZA 2025**

ALLEGATO 6: PIANO FORMAZIONE AZIENDALE

ALLEGATO 7: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 1

Referenti Linee di gestione 2025

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.1 Rete oncologica	A.1	Riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica, con le modalità e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti.	Completare le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione: a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica; b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate.	entro il 30.4.2025	azioni di condivisione completate	Ricci			
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET).	% del personale SORES che effettua la rotazione con il corrispondente scambio	>=30 % del personale di SORES	>=30 % del personale di SORES	Cassone	Aziende del SSR responsabili in solido con ARCS nel raggiungimento del target.		
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare, su richiesta di ARCS, un'adeguata dotazione organica alla SORES. (I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione)	Su richiesta di ARCS, aggiornare e trasmettere ad ARCS i Piani aziendali almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica alla SORES. I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione.	piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS su sua richiesta almeno 45 gg prima del turno di servizio	piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS su sua richiesta almeno 45 gg prima del turno di servizio	Cassone			
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare l'assenso alle domande di mobilità verso ARCS di personale degli Enti del S.S.R. che chieda di essere assegnato alla SORES	Garantire il rilascio dell'assenso alla mobilità in numero sufficiente alle esigenze tempo per tempo definite da ARCS	assenso rilasciato secondo le esigenze definite	assenso rilasciato secondo le esigenze definite	Cassone			
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	A.2.4.2	Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso: ricognizione dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso degli Enti del S.S.R. ai fini dell'introduzione/riorganizzazione nelle stesse di percorsi "See and Treat" medico-infermieristici così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019; sulla base delle risultanze della ricognizione effettuata, dalla DCS è formata e trasmessa agli Enti del S.S.R. la definizione di modello e criteri organizzativi e operativi da adottare per lo svolgimento delle attività nei percorsi "See and Treat"	trasmissione alla DCS dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso degli Enti del S.S.R. ai fini dell'introduzione/riorganizzazione nelle stesse di percorsi "See and Treat" medico-infermieristici così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019	entro il 31 marzo 2025	entro il 31 marzo 2025	Amaddeo / Menegazzo		ricognizione entro 31.3.2025	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.2.N*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	>= 70% (valore FVG gen-ago 2024 48,7%)	>= 70% (valore gen-ago 2024 84,5%)	Amaddeo / Menegazzo	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG gen-ago 2024 74,3%)	>= 65% (valore gen-ago 2024 94,6%)	Amaddeo / Menegazzo	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	>= 88% (valore FVG gen-ago 2024 90,5%)	>= 88% (valore gen-ago 2024 99,9%)	Amaddeo / Menegazzo	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.10	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	< 7,80% (valore FVG gen-ago 2024 6,63%)	< 10,0% (valore gen-ago 2024 11,88%)	Amaddeo / Menegazzo	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
A.2.5 Rete Cure palliative	A.2.5.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025	122 pl (di cui 4 pediatrici)	4 pl	De Zen/ Barbi / Strajn	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		Sono da rivalutare alcuni aspetti economici relativi al finanziamento in conto capitale e di parte corrente: si propone l'attivazione di uno specifico tavolo regionale per condividere la linea di sviluppo. Il progetto approvato a livello regionale non risulta coerente con il finanziamento assegnato né con le esigenze di un modello organizzativo che deve essere aggiornato rispetto all'evoluzione della domanda e della dotazione. Si chiederà pertanto una rivalutazione del progetto per attuare il modello clinico assistenziale relativo ai pl di hospice ed alle attività domiciliari in carico al personale dell'IRCCS.
A.2.10 Rete neonatologica e punti nascita	A.2.10.a	Rete neonatologica e punti nascita	Organizzazione di un evento, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale.	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	Travan / Marrazzo			
A.2.11 Rete pediatrica	A.2.11.a	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	Entro il 30.06.2025	Trasmissione alla DCS del PDTA dentro il 30.06.2025	Casolino/ Rabusin		Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione Burlo	
A.2.11 Rete pediatrica	A.2.11.b	Integrazione Ospedale – territorio e sicurezza delle cure: Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	Elaborazione della “Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale” in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica	Entro il 30.09.2025	Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT	Casolino			Si chiede il coinvolgimento del personale di ARCS e delle altre aziende coinvolte
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.b	Sviluppo della telemedicina	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023 T3 2025	Target numerico di prese in carico vigente, secondo le indicazioni della DCS, per l'anno 2025 per l'intervento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina»	2.898 (valore regionale complessivo) entro il terzo trimestre 2025	Buchini / Orsini	Coordina, monitora e, in caso di criticità, promuove presso gli Enti le misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Indirizzo e coordinamento	Si chiede di individuare il target per singola azienda e si chiede di specificare se si intendono solo le televisite erogate con il sistema Pohema

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.1 Governo della domanda e appropriatezza (RAO)	C.1.a	Migliorare l’appropriatezza delle prescrizioni attraverso l’adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO da parte degli specialisti ospedalieri relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell’indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	≥ 95%	Buchini	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	messa a disposizione per il tramite di Insiel dei supporti informatici entro aprile 2025.	Si chiede di specificare meglio le prestazioni oggetto di monitoraggio (tutte quelle monitorate o tutte quelle inserite nel Manuale RAO o anche altre - per quali priorità - verificare se sono compresi i controlli)
C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivo LEA NSG D10Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex ante (residenti FVG)	>=90% (valore FVG gen set 2024 61,0%)	>=90% (valore gen set 2024 64,7%)	Buchini	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivo LEA NSG D11Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>=90% (valore FVG gen set 2024 63,8%)	>=90% (valore gen set 2024 55,3%)	Buchini	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.12	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 92,08%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 92,31%)	Petretic	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 71,83%)	>=90% (valore gen-ago 2024 85,71%)	Petretic	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 57,78%)	>=90% (valore gen-ago 2024 77,78%)	Petretic	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.c	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità C	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 64,63%)	>=90% (valore gen-ago 2024 83,33%)	Petretic	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.d	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 91,15%)	>=90% (valore gen-ago 2024 100,00%)	Petretic	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.b	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Numero di eventi formativi	1 evento formativo a carattere regionale	>1	Carosi / Menegazzo		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.c	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (bambini, anziani)	Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). Disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità. Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	>=1 intervento di comunicazione	Carosi / Menegazzo		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.h	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 2024 (Sì/NO)	entro il 31.7.2025	entro il 31.7.2025	Grassi / Serra / Scolz		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.j	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (Sì/NO)	vedi 10.1	vedi 10.1	Grassi / Serra / Scolz		Coordinamento e monitoraggio	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	1.1.8.1.a	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	1. Definizione di un protocollo aziendale per la segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico e di eventi di particolare rilevanza come gli outbreak in specifici setting assistenziali	entro il 30 giugno 2025	entro il 30 giugno 2025	Grassi / Serra / Scolz			
1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	1.1.8.1.a	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	2. Adesione alla segnalazione degli eventi definiti dal protocollo	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo	Grassi / Serra / Scolz			
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%	>=80%	Travan / Ferrari		Monitoraggio	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%	>=90%	Cassone		Monitoraggio	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Bersaglio B7.4	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25% (valore FVG 2022 21,45%)	> 25%	Russian / Carosi		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.a.1	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni per ambulatorio/centro per anno, anche tramite riorganizzazione dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.a.2	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro	Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire almeno il numero di prestazioni erogate nell'anno 2019	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.b	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	% variabili	<=35%	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.c	Governo delle liste di attesa e gestione delle convenzioni	Trasmissione alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale di una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa, sull'attività svolta e di tutte le informazioni previste dalla convenzione stipulata con ASUGI (Sì/NO)	Sì	Sì	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.d	Pianificazione della gestione delle risorse del personale	Trasmissione entro il 31.3.2025 di relazione sullo stato dell'arte dell'offerta odontoiatrica (con numero ore professionisti in servizio al 31.12.2019, al 31.12.2024, personale in procinto di cessare, piano per il mantenimento/ potenziamento dell'attività) (Sì/NO)	Trasmissione relazione entro il 31.3.2025	Trasmissione relazione entro il 31.3.2025	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.e	Riorganizzazione dei servizi	Garanzia di presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita nei centri dove siano attivi i percorsi scolastici (gli Enti possono attivare, o mantenere se già attivo un percorso di odontoiatria scolastica solo in caso di numerosità prestazioni - escluse visite - 2024 superiori a 2019 e se è soddisfatto il rapporto visite su prestazioni indicato per l'obiettivo 1.1.13.b)	Garantita la presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita	Sì	Cadenaro		Coordinamento e monitoraggio	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.5.1 Screening Cervice Uterina	1.5.1.d	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% appuntamento entro 5 settimane (valore FVG 2023 33,1% valore gen lug 30,86%)	>= 90%(valore 2023 38,30%)	Wiesenfeld	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		Si evidenzia che l'IRCCS NON può governare il tempo di prenotazione dell'appuntamento per colposcopia in quanto è gestito direttamente da ASUGI. Si chiede quindi una revisione dell'indicatore con riferimento al tempo intercorso fra contatto per la prenotazione e data dell'appuntamento. Si chiede inoltre di applicare, nel calcolo dell'indicatore, le regole dell'algorithmo di calcolo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in particolare rispetto al mancato rispetto per scelta della paziente
3.3 Disabilità	3.3.c	Partecipare alle attività del costituendo tavolo di lavoro regionale finalizzato alla definizione delle procedure nelle Aziende per l'accesso delle persone con disabilità ai servizi sanitari (in emergenza-urgenza, in regime ambulatoriale e di ricovero)	Partecipazione al tavolo di lavoro. Applicare le procedure.	vedi obiettivi 3.3.1	vedi obiettivi 3.3.1	Amaddeo / Menegazzo / Russian			Si rimane in attesa della convocazione del tavolo al fine di individuare i propri referenti e di valutare il coinvolgimento dell'IRCCS, che ha già avviato percorsi specifici per pazienti affetti da disabilità
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.1	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente	ubicazione del locale/spazio separato comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.01.2025	ubicazione del locale/spazio separato comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.01.2025	Amaddeo / Menegazzo / Russian			
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.2	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Disponibilità nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un solleva malati e dei presidi antidecubito	Effettiva disponibilità delle dotazioni nel PS al 30.06.2025	Effettiva disponibilità delle dotazioni nel PS al 30.06.2025	Amaddeo / Menegazzo / Russian			
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.3	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	Amaddeo / Menegazzo / Russian			Si propone lo stralcio dell'obiettivo per l'IRCCS in quanto i minori che accedono al PS sono sempre accompagnati
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.b.1	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	Cragnolin / Carrozzi / DPS			
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.b.2	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.08.2025	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.08.2025	Cragnolin / Carrozzi / DPS			

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.c	Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ...) per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica nella sede ospedaliera	Russian / Cassone			
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.d.3	Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità	Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilità	Formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025	Formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025	Russian / Cassone / Cadenaro			
3.4 Minori	3.4.b	Garantire ai minori con bisogni complessi in carico ai Servizi di neuropsichiatria l'attivazione di un progetto personalizzato	% di progetti personalizzati con budget di salute a favore di minori con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point Npia	100%	100%	Novello		Coordinamento e monitoraggio	Si chiede lo stralcio dell'obiettivo. Esso NON è di competenza dell'IRCCS in quanto i budget di salute sono assegnati alle aziende territoriali. L'IRCCS partecipa agli incontri di rete di continuità con i servizi della azienda sanitaria di residenza, con i servizi del Comune e con le comunità e/o le famiglie affidatarie per la realizzazione di un progetto personalizzato finalizzato a prevenire l'istituzionalizzazione favorendo l'affidamento familiare.

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Lea NSG H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,15 (valore FVG gen ago 2024 0,22)	<= 0,20 (valore gen ago 2024 0,28)	Buchini	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		Si chiede di applicare all'indicatore le esclusioni condivise all'interno del gruppo regionale dei controlli e di seguito riportate: - DRG 410 (i protocolli di oncologia pediatrica prevedono la somministrazione ininterrotta di chemioterapici per 24-48 ore, preceduta e seguita da idratazione) - Intervento “282 Tonsillectomia senza adenoidectomy” (da linee guida -PNLG la tonsillectomia deve essere effettuata in one day surgery con pernottamento) - Intervento “283 Tonsillectomia con adenoidectomy” (da linee guida -PNLG la tonsillectomia deve essere effettuata in one day surgery con pernottamento) - Intervento “8917 Polisonnogramma” (prevede necessariamente il pernottamento) - Intervento “9912 Immunizzazione per allergia” (richiede osservazione prolungata nelle 24 ore) - IVG art.6 L.194/78. Non ha un codice dedicato. La ricerca viene effettuata ricercando nel campo “m0 Diagnosi di accettazione”
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Bersaglio C2A.M	Migliorare l’indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2023 0,5)	<0,00 (valore 2023 -0,16)	Buchini Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Bersaglio C2A.C	Migliorare l’indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 (valore FVG 2023 1,04)	<0,00 (valore 2023 0,71)	Buchini Monitoraggio a cura P&C - fonte Qlick	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
4.2 Assistenza materno infantile	Bersaglio C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20%	< 20%	Ricci / Maso	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		
4.2 Assistenza materno infantile	Bersaglio C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5%	< 7,5%	Ricci / Maso	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila		

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.b	Le Aziende adempiono alle rilevazioni previste dal Programma nazionale: “Interruzioni volontarie della gravidanza”, “Dimesse dagli istituti di cura per Aborto spontaneo” e “Indagine rapida sulle donne dimesse per aborto spontaneo (DLgs 322/1989)	% di schede compilate e inserite nello specifico sistema informativo entro le scadenze stabilite	100%	100%	Debelli		Coordinamento e monitoraggio	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.d	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	N° Relazione su rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale trapianti	2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026) per ogni azienda	2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)	Sagredini / Russian			
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.a	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci 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.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	> 90%	Arbo		Monitoraggio semestrale	Si chiede di tenere conto dei pazienti "non residenti" nella percentuale di pz sottoposti a queste terapie
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.b	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	mantenimento	mantenimento (valore gen-set 2024 99,5%)	Arbo		Monitoraggio trimestrale	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.c	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all’anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% iter cartaceo 2025 < %iter cartaceo 2024	% 2025 <% 2024	Arbo		Monitoraggio trimestrale	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.d	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l’applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥75%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15.04.2026	≥ 75%	≥ 75% comunicazione formale alla DCS entro il 15.4.2026	Arbo	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.e	Sensibilizzazione dei prescrittori all’utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2024 >= 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	<50%	Arbo	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale	
5.5 Farmacovigilanza	5.5.b	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali presenti nell’ Elenco dei Registri di monitoraggio AIFA attivi.	(SRNF2025– SRNF2024)/SRNF2024*100 ≥15% SRNF2025 ≥ 10** SRNF: segnalazioni nell’anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2024 ≤ 5	Variazione indicatore ≥ 15% SRNF2025 ≥ 10**	Variazione indicatore ≥ 15% SRNF2025 ≥ 10**	Arbo		Monitoraggio semestrale	
5.6 Misure di miglioramento dell’appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.c	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2025 vs % uso 2024	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2025 > % uso 2024	Δ % >0 2025-2024	Arbo		Monitoraggio quadrimestrale	
5.6 Misure di miglioramento dell’appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.d	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all’originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la “genericazione”	% d’uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all’originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la “genericazione”	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore 2024-2025	Δ % >0 2025-2024	Arbo		Monitoraggio annuale	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)	>= 77% (valore gen-ott 2024 73,97%)	>=75% (valore gen-ott 2024 69,82%)	Arbo	Monitoraggio		
5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	5.9.a	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024	ridurre il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024	Arbo / Carlevaris			
5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	5.9.a	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024	ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024	Arbo / Carlevaris			
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Ogni Ente assicura la piena attività della dispositivo-vigilanza all'interno della propria organizzazione attraverso l'individuazione dei Responsabili locali di vigilanza (RLV) e dei loro sostituti senza soluzione di continuità. Distintamente per i DM e per gli IVD nei casi previsti.	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	Arbo			
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo	Arbo			
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	Arbo			
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)	Arbo			
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza	al 31/12/2025	al 31/12/2025	Arbo			
5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	5.11.a	Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	Gli Enti danno seguito alle attività concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta che sarà allegata al verbale dell'incontro	Trasmissione ad ARCS della relazione delle attività svolte, secondo quanto riportato dal verbale della riunione precedente, entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva	Trasmissione ad ARCS della relazione delle attività svolte, secondo quanto riportato dal verbale della riunione precedente, entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva	Arbo / Carlevaris / Vardabasso in base all'argomento trattato in sede di tavolo ARCS			

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.b	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per punto DRG	<=23 € (valore gen-sett 2024: 22,84 € dato 2023 23,86€)	<=19,5 € (valore gen-sett 2024: 19,58 valore 2023 20,25€)	Cassone / monitoraggio a cura P&C	Monitoraggio		
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.c	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo ospedaliero * * Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=5,30 € (valore gen-ott 2024: 5,47 € valore 2023 4,98 €)	<=5,80 € (valore gen-ott 2024: 5,95 Valore 2023 6,11 €)	Cassone / monitoraggio a cura P&C	Monitoraggio		
5.13 Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate	5.13.b	Elaborazione di documento tecnico di definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida) da parte di un Gruppo di lavoro interaziendale composto da infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti all'Ente (almeno uno per Ente) con attiva collaborazione alla elaborazione e stesura del documento tecnico	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	DPS - individuare referente	Coordinamento e compartecipazion e al target		
8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	8.2.1	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Stesura del Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale e sua trasmissione alla DCS	entro il 31.3.2025	entro il 31.3.2025	Troisi / Pim			
8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	8.2.1	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Eventuale aggiornamento del Piano Formativo Aziendale (PFA) a seguito della pubblicazione del Piano Formativo Regionale (PFR)	entro 30 gg	entro 30 gg	Troisi / Pim			
8.2.2 La Relazione annuale regionale	8.2.2	Relazione annuale della attività formative	I Provider regionali provvederanno alla redazione ed invio alla DCS della Relazione annuale sulle attività formative 2024	entro 15.5.2025	entro 15.5.2025	Troisi / Pim			
9.6.2 Programmazione 2026	9.6.2	Programma preliminare degli investimenti (PPI)	Adozione e trasmissione al NVISS del Programma preliminare degli investimenti completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015).	entro 30 settembre 2025	entro 30 settembre 2025	Pavan / Carlevaris	coordinamento		
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	1. Identificazione dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP). I RAP dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. gestione sicura del farmaco b. prevenzione e controllo delle infezioni c. prevenzione delle lesioni da pressione d. prevenzione delle cadute accidentali e. sicurezza delle cure	1. Invio alla DCS dei nominativi dei Risk Manager e dei RAP (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	entro il 31 gennaio 2025	Grassi / Serra			
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	2. Completamento e rafforzamento della rete Link Professional. I Link Professional dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure	2. Invio alla DCS di una relazione attestante l'organizzazione aziendale della rete dei Link Professional (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	entro il 31 gennaio 2025	Grassi / Serra			
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	3. Mantenimento aziendale delle attività delle linee "Prevenzione delle cadute accidentali" e "Prevenzione Lesioni da Pressione"	3. Invio alla DCS di una relazione attestante le attività svolte dall'Azienda nell'ambito dei programmi di "Prevenzione delle cadute accidentali" e di "Prevenzione delle lesioni da Pressione"	entro il 31 dicembre 2025	entro il 31 dicembre 2025	Beltrame / Bartoli			
10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	10.1	Compilazione delle schede A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES ed effettuazione delle azioni di miglioramento	1. Compilazione delle schede A e B secondo i termini del protocollo 2024	entro i termini protocollo 2024	entro i termini protocollo 2024	Grassi / Serra			

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	10.1	Effettuazione delle azioni di miglioramento	2. Evidenza dell’attuazione delle azioni di miglioramento indicate nella scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa per i seguenti eventi: a. errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis b. morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica c. morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza d. morte o grave danno permanente in neonato sano a termine (≥37 settimane) non correlata a malattie congenite	Evidenza attuazione azioni di miglioramento scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa	Evidenza attuazione azioni di miglioramento scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa	Grassi / Serra			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	1. Supporto alle azioni per l’implementazione del PNCAR 22-25 (vedi anche obiettivi Piano Regionale Prevenzione 21-25)	Invio alla DCS della relazione annuale, secondo il format Rete Cure Sicure, sulle attività intraprese per la prevenzione e il controllo delle infezioni (incluse le attività di monitoraggio e la stesura del piano di miglioramento)	entro il 31 dicembre 2025	entro il 31 dicembre 2025	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza nelle strutture per acuti: a. invio alla DCS dei dati entro novembre 2025	entro 30.11.2025	entro 30.11.2025	Grassi / Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza nelle strutture per acuti: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell’indicatore 1 dell’obiettivo “Prevenzione e controllo delle infezioni”	evidenza	evidenza	Grassi / Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico: a. inserimento dei dati 2024 entro marzo 2025	entro 31.3.2025	entro 31.3.2025	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell’indicatore 1 dell’obiettivo “Prevenzione e controllo delle infezioni”	evidenza	evidenza	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell’incidenza delle infezioni del sito chirurgico: c. attivazione della sorveglianza 2025 (settembre-novembre)	attivazione sorveglianza (settembre-novembre)	attivazione sorveglianza (settembre-novembre)	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza: a. punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all’anno precedente	punteggio >= 6 matrice prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento >= 2 rispetto 2023	punteggio >= 6 matrice prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento >= 2 rispetto 2023	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza: b. invio semestrale alla DCS degli indicatori 1, 2, 3 e 4 della matrice IPC	invio semestrale indicatori 1,2,3 e 4 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	invio semestrale indicatori 1,2,3 e 4 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	Serra / Scolz			
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza: b. invio annuale degli indicatori 6 e 7 della matrice IPC	invio annuale indicatori 6 e 7 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	invio annuale indicatori 6 e 7 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	Serra / Scolz			

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	7. Prevenzione della Scabbia nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	Invio alla DCS di una relazione attestante l’adozione e la diffusione dei protocolli operativi di prevenzione e controllo delle infestazioni da Scroptes scabiei nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	Serra / Scolz			
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l’ospedale e il territorio	10.1	5. Partecipazione del Risk Manager aziendale al tavolo “Cabina di Regia” per l’integrazione con le strutture residenziali per non autosufficienti	5. Evidenza della partecipazione del Risk Manager al tavolo secondo le indicazioni della Rete Cure Sicure	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione (SI APPLICA ANCHE AGLI IRCCS)	Serra			
10.1 Global Trigger Tool	10.1	Rilevazione dei dati secondo le indicazioni dello strumento Global Trigger Tool	Invio dei dati riferiti a 120 cartelle di dimissione	entro 31.12.2025	entro il 31.12.2025	Serra/Urriza/Grassi			
10.1 Indicatori AHRQ	10.1	Condivisione dei dati aziendali	Evidenza delle modalità di condivisione dei dati con le SOC interessate	entro 31.12.2025	entro il 31.12.2025	Serra/Urriza/Grassi			
10.1 Violenza sull’operatore	10.1	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell’operatore	1. Evidenza della partecipazione ai lavori del gruppo multidisciplinare individuato dall’Azienda	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	Grassi / Serra / Carosi			
10.1 Violenza sull’operatore	10.1	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell’operatore	2. Invio dei dati richiesti dall’Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza alla DCS	entro il 10.1.2025	entro il 10.1.2025	Grassi / Serra			
10.1 Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	10.1	Predisposizione e analisi dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio e della relazione sulla gestione del rischio clinico secondo le indicazioni regionali Gli obiettivi sono assegnati a tutti gli Enti	Pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio e della relazione sull’attività di gestione del rischio clinico (secondo il format Rete Cure Sicure)	entro 31.3.2025	entro 31.3.2025	Grassi / Serra			
10.1 Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	10.1	Partecipazione alla survey Agenas	Compilazione della survey entro i tempi previsti da Agenas	entro i tempi previsti	entro i tempi previsti	Grassi / Serra			
10.2 Accreditalento	10.2	Gli enti del SSR consentono ai propri referenti della qualità e dell’accreditamento, componenti dell’OTA, di reclutare i dipendenti appartenenti alle aree professionali individuate dall’OTA per coprire le esigenze connesse alle verifiche dell’accreditamento e che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il per-corso per diventare valutatore dell’accreditamento.	Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti).	negli elenchi dei candidati figura l’80% dei profili professionali necessari/richiesti.	Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento	Danielli	Pubblicazione elenco valutatori aggiornato nell’area dedicata del sito web.	Aggiornamento elenco valutatori	
10.2 Accreditalento	10.2	Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell’accreditamento.	Evidenza autorizzazione da parte dell’azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista.	Almeno l’80% dei professionisti partecipa al Corso Base, se erogato	Gli enti autorizzano l’80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base	Danielli	ARCS funge da Provider per l’erogazione del Corso Base, accreditato con ECM.	Invio invito di partecipazione al Corso base a tutti i candidati valutatori; docenza su aspetti normativi e uso del sw SAOSS	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.2 Accreditamento	10.2	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.	Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	Formazione dei GdV garantendo l'affiancamento dei nuovi candidati al fine del completamento della formazione e il coinvolgimento dei valutatori già formati in modo omogeneo tra le aziende sanitarie.	Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA).	Danielli		Organizzazione, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica in base ai ruoli necessari in funzione della struttura sanitaria da verificare con inserimento di candidati e valutatori; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo del numero di giornate effettivamente effettuate.	
10.2 Accreditamento	10.2	Partecipazione al programma di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Numero minimo dei valutatori con profili specifici richiesti da Ministero della Salute e Agenas	Messa a disposizione dei profili richiesti.	Danielli	Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze.	
10.2 Accreditamento	10.2	Partecipazione al programma di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero di giornate di partecipazione del singolo valutatore ad attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas/ giorni totali richieste da Ministero Salute e AGENAS	>75% delle giornate totali programmate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria	Danielli	Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze.	
10.2 Accreditamento	10.2	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, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)	Ciascun componente OTA garantisce la sua presenza per ≥1 giorni/settimana su 40 settimane lavorative	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli			
10.2 Accreditamento	10.2	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, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri	Ciascun componente OTA presenza per il 75% delle gg programmate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli			
10.2 Accreditamento	10.2	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, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	≥1 progetto di formazione per componenti OTA/anno	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli			

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	BURLO	Proposta referente Burlo	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.2 Accreditamento	10.2	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, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all’organismo (discente) / totale giornate erogate	100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati all’OTA da parte di ogni componente OTA (salvo motivi giustificati)	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli			
10.2 Accreditamento	10.2	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, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali per ogni componente OTA con incarico di docenza	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli			
10.4 Gestione della logistica di reparto e attività di sperimentazione	10.4.a	Avviare il progetto sperimentale per la gestione della logistica di reparto	Predisposizione del progetto esecutivo da parte di ARCS e l’azienda sanitaria pilota	Entro il 30/09/2025	Entro il 30/09/2025 (se identificata quale azienda pilota)	Carlevaris			
10.6 Analisi economica, di fattibilità e opportunità su ipotesi di attività di consegna a domicilio di ausili monouso	10.6	Predisporre uno studio di fattibilità, sia in termini economici che logistici nonché di beneficio per il paziente anche tenendo conto del percorso di presa in carico del paziente stesso, riguardante l’opportunità di avviare un programma di consegna a domicilio di ausili monouso di cui all'allegato 2 del DP.C.M. 12 gennaio 2017. La fattibilità dovrà approfondire i seguenti aspetti: il percorso prescrittivo (e quindi maggior tracciabilità), il percorso di presa in carico del paziente, le necessità del paziente o del caregiver, i costi e la logistica.	trasmissione studio alla DCS	entro il 31.12.2025	collaborazione con ARCS	Ronfani / Vecchi	vedi target		
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	A	Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell’arte degli studi attivi nelle AS e IRCCS regionali	invio trimestrale ad ARCS	invio trimestrale ad ARCS	Ronfani / Vecchi			
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	C	Gli enti del SSR, organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato	entro il 30.06.2025	entro il 30.06.2025	Ronfani / Vecchi	Adozione di linee di indirizzo da parte di ARCS di concerto con la DCS	Adozione di linee di indirizzo da parte di ARCS di concerto con la DCS	
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	C	Gli enti del SSR, adottano regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare	entro 31.10.2025	entro 31.10.2025	Ronfani / Vecchi			



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 2

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

OBIETTIVI PER IL RAGGIUNGIMENTO DELLE PARI OPPORTUNITA' 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 qualitativo e quantitativo sull'utilizzo e gradimento dello LA	SPPA(Mottica)/CUG	Personale afferente all'SPPA, CUG e Direzione sanitaria	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Formalizzare uno studio quanti/qualitativo sull'andamento dello strumento "lavoro agile"	Favorire il bilanciamento vita-Lavoro. Sostegno alla genitorialità e alle cure parentali
Dipendenti	Regolamentazione equilibrio vita privata/lavoro	2) Eventuale aggiornamento e diffusione del regolamento	SSD politiche del personale Direzione Strategica	Personale afferente alla SSD politiche del personale e alla Direzione Strategica	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Pubblicazione e diffusione del regolamento con eventuali aggiornamenti	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	Continuità di lavoro della cabina di regia del GEP	URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali Referente Regionale per la medicina di Genere/CUG	Personale afferente alle strutture citate	Ore/lavoro personale afferente strutture	Incontri	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 2025	Nel Bando RC 2025 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. L'analisi dei risultati per sesso e/o genere può risultare determinante per migliorare l'accuratezza ed evitare interpretazioni errate dei dati.	

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. https://www.burlo.trieste.it/content/burlo-violenza-sulle-donne - Adesione open week di ONDA contro la violenza sulle donne - Attività di comunicazione e sensibilizzazione	CUG/URP			- Numero di iniziative realizzate - Stima del numero di persone raggiunte - Numero di visualizzazioni sito internet - Analitiche sociali	Sensibilizzazione e 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	Promozione di momenti di riflessione interdisciplinare dal taglio scientifico e pratico, sul tema delle misure di contrasto alla violenza di genere
Personale		Trasmissione del codice di comportamento e codice di condotta per l'integrità della ricerca per ogni nuova assunzione				Numero di consegne effettuate/anno	Dissemination

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

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
	Formazione	Promuovere e formare all'integrazione della dimensione del gender con corsi	Direzione Scientifica in collaborazione con l'Ufficio Formazione			- Incontri -Materiale divulgativo - Numero dei partecipanti a	
	Implementazione del sito	Aggiornamento e implementazione del layout del sito e delle slide del GEP	Direzione Scientifica SSD Personale			-lay out della pagina web -nuovo design delle slide del GEP in italiano e inglese	
	Formazione	Corsi di aggiornamento	Centro Attività Formative			discenti professionisti	



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 3

Registro dei rischi 2025

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
1	Acquisto di beni economici e sanitari	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% - collegato all'effettiva attività di ARCS	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	SEMPLIFICAZIONE
2	Acquisto di servizi economici (non sanitari)	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	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 50 Codice dei Contratti pubblici per l'acquisto diretto sotto € 140 mila senza il rispetto dei principi di cui al Libro I, Parti I e II del codice, nonché del rispetto del principio di rotazione (art. 49) degli affidamenti. Modalità di pagamento non conformi alla normativa vigente	controllo della fase/attività	compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); revisione del Patto d'Integrità in collaborazione con le strutture coinvolte	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	SEMPLIFICAZIONE
				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%	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% '- elenco semestrale contenente gli affidamenti diretti superiori a € 40mila ed entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. b - Dlgs 36/23	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				ALTO	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 dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
3	Acquisto di servizi esternalizzati	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione polizze	rischio eventualmente a carico della Centrale d'Acquisto	controllo dell'osservanza della procedura	Fase stralciata dal 2024 in quanto attività associata a gestione centralizzata ARCS	Fase stralciata dal 2024 in quanto attività associata a gestione centralizzata ARCS		SEMPLIFICAZIONE
				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%	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	Autovalutazione al 31/08/2024 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2024	
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi	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%	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi esternalizzati - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne	controllo della fase/attività	compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); revisione del Patto d'Integrità in collaborazione con le strutture coinvolte	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
4	Gestione del magazzino	Responsabile Magazzino	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti	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	almeno n. 2 controlli di corrispondenza tra quanto richiesto e quanto ricevuto, stoccato e distribuito	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
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	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	almeno n. 1 audit di applicazione della procedura aggiornata	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				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	- almeno n. 2 controlli sugli inserimenti effettuati dalla Struttura nell'arco del bimestre precedente alla verifica; '- n. 1 monitoraggio annuale su dichiarazioni rese attività extraistituzionali (professioni sanitarie); '- n. 1 controllo ex art.53	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
6	Amministrazione del personale	Dirigente Responsabile S.S.D. Politiche del personale	S.S.D. Politiche del personale S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia ' - n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				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	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia ' - n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	regolamenti prove selettive interne	mancaanza 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	n. 1 report rappresentativo della sussistenza dei presupposti	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	acquisione 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	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				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	acquisizione 100% attestazioni di assenza conflitto di interessi	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
7	Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	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	- 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 mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali istituzionali	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità liste attesa 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	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	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
8	Prestazioni ambulatoriali a pagamento	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	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	- 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 mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	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	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	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	attività aziendale a pagamento	accordi per vantaggi personali	verifica dell'osservanza della procedura	stralciato	stralciato		
9	Gestione ricoveri istituzionali SSN	Titolare I.O. Gestione percorso chirurgico	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità	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 trimestrale a campione sulle liste di attesa trimestrale e formazione continua degli operatori - report di sintesi	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	TRASPARENZA
10	Gestione ricoveri a pagamento o ALPI	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	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 su ogni richiesta di intervento alpi/pagante - report di sintesi	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	TRASPARENZA
11	Gestione prestazioni/servizi sanitari (ciclo passivo)	Medico di Direzione Sanitaria/Medica	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	controllo della fase/attività	controllo della fase/attività	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				MEDIO	MEDIO	DIREZIONE SANITARIA	prestazioni non eseguibili presso l'IRCCS	scelta discrezionale dei laboratori e delle strutture a cui richiedere prestazioni/consulenze 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.	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.	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
12	Gestione progetti di ricerca	Dirigente amministrativo	SC/SSD/Area Amministrativa della Direzione Scientifica	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; predisposizione del percorso (flow chart) dalla ricerca del bando alla rendicontazione dei progetti	- 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; ' - PNRR stato di avanzamento; ' - mantenere il monitoraggio del percorso (flow chart) dalla ricerca del bando alla rendicontazione dei progetti	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
13	Gestione finanziamenti regionali (ciclo attivo)	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	stralciato perché irrilevante	stralciato perché irrilevante		
14	Altri contributi/proventi	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.C. Affari generali e legali	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	TRASPARENZA
				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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
15	Gestione cassa economale	Referente cassa economale	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	revisione del Regolamento della cassa economale	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
16	Gestione tesoreria	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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	stralciato perché irrilevante	stralciato perché irrilevante		

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
17	Formazione del bilancio	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	TRASPARENZA
18	Rimborsi diversi (contributi)	Titolare I.O. Gestione convenzioni	S.C. Affari generali e legali S.C. Gestione Economico - Finanziaria	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, Incipit, Netval)	discrezionalità nell'adesione	controllo della corrispondenza tra adesioni realizzate e richieste ricevute dalla Direzione	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni		
19	Sperimentazioni cliniche (farmaci, dispositivi, studi osservazionali)	Direzione scientifica	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica Ufficio ricerca clinica SC R epidemiologia	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	elaborazione e somministrazione a ogni PI (sperimentatore principale) di un format relativo alla proposta di riparto dei proventi di ogni singola sperimentazione profit	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	REGOLAMENTAZIONE
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	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 dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				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 dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				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 dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				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 dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
21	Formazione di personale dipendente/esterni	Titolare I.O Responsabile Centro Attività Formative	S.S.D. Politiche del personale SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione/ centro attività formative S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	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 documentato report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	mantenere il monitoraggio a cura del process owner tramite documentato report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	FORMAZIONE
				BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	attribuzione degli incarichi di docenza	accordi per vantaggi personali	misure di formazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
						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 perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni		
22	Realizzazione investimenti edili e impiantistici e gestione/manutenzione del patrimonio immobiliare	Dirigente Gestione tecnica	S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica S.C. Gestione Economico - Finanziaria	MEDIO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	affidamento di lavori sotto soglia	discrezionalità nell'affidamento di incarichi o servizi	controllo della fase/attività	compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); revisione del Patto d'Integrità in collaborazione con le strutture coinvolte;	- Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità *- elenco semestrale contenente gli affidamenti diretti superiori a € 40mila ed entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. a - Dlgs 36/23	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				MEDIO	MEDIO	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	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	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				MEDIO	MEDIO	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	redazione di una relazione del RUP di valutazione della proposta del direttore lavori	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				MEDIO	MEDIO	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	certificazione esterna per le revisioni del piano economico finanziario, se chieste dal Concessionario per motivazioni non disposte dalle autorità di mercato	valutazione esterna per le revisioni del piano economico finanziario, se chieste dal Concessionario per motivazioni non disposte dalle autorità di mercato	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
				ALTO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	subappalto a cascata	per il tramite del silenzio/assenso il subappalto non aveva i requisiti per essere autorizzato	nel contratto tra appaltatore e subappaltatore deve essere manifestata la volontà al subappalto a cascata	adozione check list di verifica per il subappalto/subappalto a cascata per requisiti di ordine generale, capacità tecnica e costi della manodopera applicati	adozione check list di verifica per il subappalto/subappalto a cascata per requisiti di ordine generale, capacità tecnica e costi della manodopera applicati	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
23	Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie	Dirigente Ingegneria clinica	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione tecnologie	frazionamento degli affidamenti in assenza di programmazione	controllo della fase/attività	compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); revisione del Patto d'Integrità in collaborazione con le strutture coinvolte;	' - compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); ' - Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
24	Gestione imposte tasse	Titolare I.O. responsabile adempimenti fiscali e tributari	S.C. Gestione Economico - Finanziaria (Direzione Amministrativa)			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	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni		
25	Gestione della qualità e accreditamento	Responsabile SS accreditamento, qualità e rischio clinico	SS accreditamento, qualità e rischio clinico (Direzione Sanitaria)			SS ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E RISCHIO CLINICO (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	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			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	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni		
27	Gestione della pianificazione, programmazione e controllo aziendale	Responsabile amministrativo SSD Programmazione e controllo	S.S.D. Programmazione e controllo	MEDIO	BASSO	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	REGOLAMENTAZIONE

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2024	GRADUAZIONE 2025	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2024	Indicatori 2025	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
28	Gestione sicurezza aziendale e sorveglianza sanitaria	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	BASSO	BASSO	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANAZA SANITARIA	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	REGOLAMENTAZIONE
				BASSO	BASSO	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANAZA SANITARIA	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	stralciato in quanto l'acquisizione dei DPI è interamente in capo ad ARCS	stralciato in quanto l'acquisizione dei DPI è interamente in capo ad ARCS		
						SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANAZA SANITARIA	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 perchè centralizzato	stralciato perchè centralizzato		
				BASSO	BASSO	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANAZA SANITARIA	sorveglianza sanitaria	Abuso nella richiesta/effettuazione di accertamenti sanitari al fine di agevolare determinati soggetti	Regolamentazione della sorveglianza sanitaria	redazione della procedura "sorveglianza dei lavoratori"	procedura per gestione infortunio e malattia professionale	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
29	Gestione del rischio clinico	Risk Manager (Direttore Sanitario)	Direzione Sanitaria/Servizio prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria	BASSO	BASSO	SCD 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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	CONTROLLO
				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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
30	Gestione della comunicazione informazione	Dirigente Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico			SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/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	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni		
31	Tutela del cittadino	Dirigente Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato da idoneo report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	REGOLAMENTAZIONE



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 4

Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio

Scheda di valutazione livello esposizione al rischio processo/fase

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*



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 5

**Tabella degli adempimenti di pubblicazione
per la trasparenza 2025**

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	NOTE
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 (PTPCT)	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) (link 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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link 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)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione		Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
			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 e trasmissione dell'eventuale aggiornamento o del nuovo atto adottato	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
			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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
			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)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione			
		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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario 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	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
		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, nonchè 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 dlgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
	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 dlgs 10/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
		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)		Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
			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)					
		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)					

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	NOTE
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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).	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 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)					
		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, 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	Nessuno					
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	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					

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	NOTE
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (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)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
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 patrocini legali	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 patrocini legali	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				Per ciascun titolare di incarico:					Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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		

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	NOTE
		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)	Centro Attività Formative per gli incarichi di docenza	Centro Attività Formative per gli incarichi di docenza	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		
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:					Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		relativamente agli incarichi gestionali
		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 innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	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 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 della 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		

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	NOTE
		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 innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dal 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)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 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)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione.		
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		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)	Per ciascun titolare di incarico:					Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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)	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	OBBLIGO SOSPESO a seguito della delibera ANAC 382/2017 e della sentenza TAR del Lazio nr. 12288/2020		

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	NOTE
Personale		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	OBBLIGO SOSPESO a seguito della delibera ANAC 382/2017 e della sentenza TAR del Lazio nr. 12288/2020		
		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	OBBLIGO SOSPESO a seguito della delibera ANAC 382/2017 e della sentenza TAR del Lazio nr. 12288/2020		
		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)		
		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)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dal dalla comunicazione.		
		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	Annuale					
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Annuale					
		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 dichairazione [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)	OBBLIGO SOSPESO a seguito della delibera ANAC 382/2017 e della sentenza TAR del Lazio nr. 12288/2020	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale			

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	NOTE
		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)]	OBBLIGO SOSPESO a seguito della delibera ANAC 382/2017 e della sentenza TAR del Lazio nr. 12288/2020					
	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 nonchè 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		
	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 predispone, 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		
Bandi di concorso		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 nonchè 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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b),	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		

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	NOTE
Performance	Relazione sulla Performance	d.lgs. n. 33/2013	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 premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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		
			(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.lg.s 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	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:							
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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)						
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (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 (link al sito dell'ente)	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 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 dalla pubblicazione del decreto di rilevazione periodica delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto, se detenute.	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	

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	NOTE			
Enti controllati	Società partecipate		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)								
		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>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)								
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		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 delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				Provvedimenti	Provvedimenti 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)			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto di gestione delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto.	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
					Provvedimenti 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			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti 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 											

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	NOTE
	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	30 giorni dalla pubblicazione del decreto di rilevazione periodica delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto, se detenute.	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
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)	Per ciascuna tipologia di procedimento:				Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	

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	NOTE
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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	Tempestivo (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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Sistema informativo	Ufficio Sistema informativo			
		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, nonchè 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, nonchè 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			
				Per i procedimenti ad istanza di parte:						
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	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	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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 (<i>link</i> 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.					

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	NOTE
Provvedimenti	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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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					
Controlli sulle imprese		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 per appalti svolti con D.Lgs. 50/2016 Art. 28 D.Lgs. 36/2023 - delibera ANAC 261/2023 per appalti con D.Lgs. 36/2023	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure (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)	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) per appalti con D.Lgs. 50/2016 Tempestivo per appalti con D.Lgs. 36/2023	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			All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.06.2023, come modificato con delibera 601 del 19.12.2023 - link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti. A partire da 1.1.2024, per le procedure avviate a decorrere dal 1.7.2023, gli adempimenti sono assolti mediante pubblicazione dei dati e delle informazioni nella Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici, di cui è pubblicato il link.
		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		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					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 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					
	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,									

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	NOTE
		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 per appalti svolti con D.Lgs. 50/2016 Art. 40 e relativo allegato I.6 del D.Lgs. 36/2023; DPCM n. 76/2018 per appalti con D.Lgs. 36/2023	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					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo					
		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					
		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	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA 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) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA 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) SETTORI SPECIALI 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) SPONSORIZZAZIONI 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					
		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 negoziata (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					
		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					

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	NOTE
Bandi di gara e contratti		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	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA 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 SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA 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) SETTORI SPECIALI 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	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			
		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	Verbalì delle commissioni di gara	Verbalì 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					
		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					
		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					
		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					
		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					
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, c. 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 economoi 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					
		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 commissione di collaudo	Tempestivo					

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	NOTE
		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					
		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, in quanto compatibili , 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					
		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					
		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					
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	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)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, 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)	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	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
				Per ciascun atto:						
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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)					

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	NOTE
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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.	Tempestivo (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, 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	Tempestivo (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.	Tempestivo (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. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile agli entri del SSN (art. 1 d.lgs. 91/2011)				
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	Tempestivo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			Tempestivo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	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)	Tempestivo	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione		
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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 ancorchè 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	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
		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		

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	NOTE
	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)	Dirigente afferente Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Dirigente afferente Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici	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	SS Accreditamento, qualità e rischio clinico	SS Accreditamento, qualità e rischio clinico		Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
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 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
	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		
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, l. 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			non pertinente
	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 (<i>link</i> 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	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 20 giorni		
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 20 giorni		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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	Tempestivo (art. 39, c. 1, 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	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	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 (ex art. 8, 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)					
			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)					

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	NOTE
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, 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)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
			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	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)					
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)					
		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		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
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 trsparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trsparenza	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.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. 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 (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo 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 SS Accreditamento, qualità e rischio clinico	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione SS Accreditamento, qualità e rischio clinico			

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	NOTE
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 hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	tempestiva	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica Direzione scientifica	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica Direzione scientifica		Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	implementazione sezione PNRR ognuno per la parte di propria competenza



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 6

**Piano della formazione aziendale 2025
(PFA)**

INDICE

SEZIONE 1 ELEMENTI DI CONTESTO	3
1.1 Premessa	3
1.2 Principali riferimenti normativi.....	3
1.3 La politica formativa dell'IRCCS.....	4
1.4 Obiettivi del piano formativo.....	5
1.5 Miglioramento della qualità e la valutazione di impatto	6
SEZIONE 2 IL PIANO FORMAZIONE AZIENDALE	6
2.1 Indicazioni e strumenti di programmazione regionali.....	7
2.2 Aree prioritarie della formazione individuate dalle linee di gestione 2025	8
2.3 Individuazione delle aree formative dell'IRCCS	9
2.4 Ambiti di sviluppo del centro attività formative nel 2025.....	10
SEZIONE 3 SEZIONI SPECIFICHE.....	10
SEZIONE 4 MODALITÀ ATTUATIVE	11
4.1 Tipologie didattiche	11
4.2 Attività di docenza.....	12
4.3 Modalità di frequenza dei corsi	12
4.4 Budget per le attività formative	12
4.5 Formazione interaziendale.....	13
4.6 Modalità di diffusione del piano formazione aziendale	13
4.7 Gli strumenti per la verifica delle attività.....	13
ALLEGATI	14

SEZIONE 1 ELEMENTI DI CONTESTO

1.1 Premessa

Il presente piano è strutturato in quattro sezioni:

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

La raccolta del fabbisogno per l'anno 2025 prevede attività formative in presenza, anche se le modalità online e webinar rimangono in utilizzo per alcuni percorsi soprattutto per la comodità dello strumento che si è dimostrato molto compliant per i partecipanti. Considerando l'implementazione della piattaforma regionale di Insiel Digital Academy, si ritiene opportuno erogare in modalità FAD alcuni percorsi formativi, i cui contenuti possono essere adattati a metodologie didattiche asincrone.

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 Delibere della Commissione Nazionale per la Formazione Continua n. 6/2024 obbligo formativo per il triennio 2023-2025;
- ✓ 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. 2052 del 30/12/2024 - *“LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2025. 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 dell’utenza 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 dimensioni fondamentali:

- conoscenze teoriche aggiornate (**il sapere**);
- abilità tecniche o manuali (**il saper fare**);

- capacità comunicative e relazionali (**il saper essere**).

Quando le tre dimensioni sono possedute ed agite nel quotidiano, si manifesta la competenza del professionista.

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 fra le diverse professionalità;
- 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, della coppia e della famiglia*, 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 si garantisce 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

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 2025 declinando gli obiettivi formativi in funzione alle diverse fasi e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)

- 1) 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, ripartite fra i provider regionali e i cui target e milestone sono definiti nel Piano Operativo regionale, per la realizzazione di interventi formativi in materia di infezioni ospedaliere e un target di "dipendenti formati in infezioni ospedaliere". Il primo percorso è stato attivato come FAD nel 2023, percorso base

obbligatorio per il personale operante nelle strutture ospedaliere per le aree professionali individuate. I successivi percorsi formativi sono stati programmati nelle annualità 2024-2025-2026 e inseriti nel Piano della Formazione Regionale rappresentando una linea formativa prioritaria per i Provider regionali.

- 2) Missione 6 Salute Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” investimento 1.3.1. Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologiche e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e al simulazione (FSE)” Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario. Piano operativo sulla Formazione FSE. Le iniziative formative sono dedicate a professioni individuati che sono coinvolti nel processo di produzione del “Patient Summary”. I corsi, programmati nelle annualità 2024-2025-2026 sono inseriti nel PFR e rappresentano linea formativa prioritaria per i Provider ECM del SSR.

2.2 Aree prioritarie della formazione individuate dalle Linee di gestione 2024

Nel 2025 l’IRCCS, come previsto dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia promuoverà e sosterrà le seguenti iniziative formative:

- previste dal Piano Nazionale Investimenti Complementari (PNC) 1: Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima;
- previste dal Piano Regionale Prevenzione 2020-2025;
- cure palliative;
- privacy e trattamento dei dati;
- finalizzate a favorire la formazione degli operatori nell’ambito delle azioni di contrasto alla violenza contro le donne e i minori e la violenza contro gli operatori così come previsto dal comma 4 dell’art. 65 del CCNL del comparto sanità 2019-2021;
- dedicate ad implementare le competenze e conoscenze trasversali per il corretto e pieno utilizzo dei sistemi informativi in uso e incrementare la cultura della digitalizzazione così come previsto dal comma 2 dell’art. 65 del CCNL del comparto sanità 2019-2021 e delle progettualità formative connesse alle diverse piattaforme ed alla sicurezza informatica;
- sensibilizzare il personale per mantenere alta l’attenzione sul tema dell’umanizzazione delle cure e della valorizzazione della dignità della persona e a supportare la dimensione etica all’interno dell’istituzione sanitaria;
- garantire il mantenimento delle competenze nel contesto urgenza ed emergenza anche attraverso il ricorso a metodologie formative innovative;
- garantire lo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, referenti) e per tutte le tipologie formative.

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;
- ✓ Privacy e sicurezza informatica, trasparenza e anticorruzione;
- ✓ attività formativa a supporto delle attività di ricerca intraprese dall'IRCCS;

L'IRCCS intende inoltre consolidare:

- l'attività di formazione in tema di risposta all'emergenza in campo neonatale e pediatrico: emergenza - urgenza (BLSD, 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, prevenzione e promozione della salute.

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

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

Area di sviluppo amministrativo

Si comprende una serie di eventi formativi che hanno lo scopo di migliorare la pianificazione e la normativa gestione tecnico-amministrativa e 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 dei nuovi CCNL;
- ✓ anticorruzione e trasparenza;
- ✓ privacy;
- ✓ appalti e impianti;
- ✓ normativa generale e specifica;
- ✓ procedure amministrative;
- ✓ tecnologia informatica;
- ✓ tecnologia sanitaria.

Area di sviluppo delle competenze relazionali

L'area della comunicazione interpersonale è orientata sia agli utenti e ai loro famigliari, che agli altri professionisti, interni ed esterni all'Azienda.

Lo sviluppo delle competenze relazionali è stato pertanto inteso nelle seguenti sottotematiche:

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

La capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una corretta relazione 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 gestionale ed organizzativo

Quest'area comprende una serie di eventi formativi basata sulle evidenze scientifiche e sull'appropriatezza clinico-assistenziale, a garanzia di percorsi formativi adeguati al cambiamento organizzativo e alla gestione della complessità, per favorire l'integrazione organizzativa e professionale.

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 2025

Nel corso del 2025, il CAF dell'IRCCS intende proseguire in alcune aree di sviluppo dell'attività della formazione, al fine di:

- Mantenere le certificazioni ISO 9100:2015 e ISO 21001:2019;
- Aggiornare l'elenco dei referenti della formazione a livello delle strutture, organizzando una formazione specifica;
- Proseguire con il progetto disostruzione;
- Perseguire obiettivi strategici di miglioramento e di mandato, sviluppando anche aree dedite alla formazione

SEZIONE 3 SEZIONI SPECIFICHE

Il Piano è composto da allegati, oltre la parte narrativa, che riguardano le attività formative inerenti:

1. le tematiche strategiche, clinico assistenziali e amministrative;
2. la gestione dell'urgenza emergenza in ambito materno infantile e adulto;
3. la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
4. l'integrazione con gli eventi del Piano Formazione Regionale affidati a questo Provider per la realizzazione.

1. In questa sezione sono contenuti tutti i progetti formativi richiesti dalle strutture sanitarie e amministrative dell'IRCCS;

Nell' **AII. 1** sono elencate le attività formative riferite a questo ambito

2. L'IRCCS nel 2025 intende continuare ad articolare l'attività formativa in questo ambito, al fine di mantenere e aggiornare le competenze in tema di gestione delle urgenze emergenze in relazione alle tipologie di pazienti trattati dall'Istituto, (neonati, bambini, donne e adulto in generale). L'Istituto promuove anche corsi per laici e sanitari esterni a pagamento.

Nell' **AII.2** sono elencate le attività formative riferite a questo ambito.

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;
- ✓ 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' **AII. 3** sono elencate le attività formative riferite a questo ambito.

4. Integrazione del PFA con gli eventi indicati dal PFR e assegnati per la realizzazione al provider IRCBG che possono essere integrati dopo l'approvazione del PFR (giugno di ogni anno). I corsi affidati sono di diversa natura e materia e sono orientati all'offerta formativa regionale.

Nell' **AII. 4** sono elencate le attività formative riferite a questo ambito.

SEZIONE 4 MODALITÀ ATTUATIVE

4.1 Tipologie didattiche

La Valorizzazione delle risorse umane e la condivisione delle conoscenze, s'intende privilegiare la formazione in presenza e in sede. Si possono utilizzare anche i percorsi in webinar e FAD per facilitare la frequenza. 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*.

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), in presenza 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) con l'adozione di un'unica piattaforma regionale che si interfaccia con il gestionale della formazione TOM. La piattaforma Insiel Digital Academy potrà dare l'opportunità di gestire FAD di interesse diretto dell'Istituto oltre a quelle a carattere obbligatorio definite da PNRR. In alcuni casi potranno essere utilizzate piattaforme FAD messe a disposizione da eventuali agenzie formative esterne nel caso di acquisizione di pacchetti formativi specifici;

✓ della **Formazione on line** utilizzata al fine di garantire attraverso *webinar* e *piattaforme web* per garantire le attività formative 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. 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.

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.

L'attività di docenza è disciplinata dal REG_CAF_0001 "*Regolamento 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 una corretta gestione della formazione continua, 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 2025 l'importo assegnato per la formazione è in fase di definizione (presumibilmente in linea con l'anno scorso di 137.000,00 Euro) e sarà gestito dal CAF sia per l'organizzazione degli eventi interni che per la partecipazione ad eventi fuori sede, così da garantire un monitoraggio puntuale delle quote utilizzate e residue.

Di norma 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 fuori sede, 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 2025 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 multiprofessionale 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 mantengono una proficua collaborazione che si sostanzia nella partecipazione libera ad alcuni percorsi formativi dei dipendenti delle due Aziende.

Si conferma tale collaborazione nell'anno in corso nelle aree 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.

La collaborazione è comunque fattiva con tutti i provider regionali del SSR per l'attuazione dei percorsi formativi previsti dal PFR .

4.6 Modalità di diffusione del Piano Formazione Aziendale

Il Piano della Formazione Aziendale viene pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione dedicata alla formazione, nonché si provvede alla diffusione mensile degli eventi formativi organizzati dal provider IRCBG 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 della qualità aziendale, in collaborazione con la struttura stessa. Con frequenza annuale 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.

ALLEGATI

All.1 Piano Formazione Aziendale 2025.....	pag. 142
All.2 Programma formativo in tema di emergenza urgenza 2025.....	pag. 153
All.3 Programma formativo in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	pag. 155
All.4 Integrazione dal PFR.....	pag. 158

	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Obiettivo formativo	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione	NOTE (trimestre di erogazione)
1	Direzione generale	Trattamento e protezione dei dati personali	Doria Paola	18	Il corso ha carattere generale e si prefigge lo scopo di offrire una breve panoramica sulla normativa privacy, fornendo le nozioni di base e individuando i criteri, i principi e le regole per la sua corretta applicazione pratica in materia di trattamento e protezione dei dati personali nell'ambito dell'assistenza e ricerca clinica. È rivolto a tutti coloro che operano a qualsiasi titolo su dati personali trattati dall'IRCCS Burlo Garofolo allo scopo di incentivare l'adozione di condotte rispettose della normativa europea e nazionale e dei diritti e delle libertà personali nello svolgimento delle rispettive attività istituzionali, sanitarie, tecniche, amministrative.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	40	4	160	2	
2	Direzione Amministrativa	La rilevazione delle presenze dei dipendenti pubblici	Sincovich Serena	18	Il corso si prefigge di analizzare, nel dettaglio, la complessa disciplina legislativa e contrattuale, nonché la relativa evoluzione giurisprudenziale in materia, riguardante il rispetto dell'orario di lavoro e le corrette modalità di attestazione della presenza in servizio di tutti i dipendenti, inclusa la dirigenza, di tutte le Pubbliche Amministrazioni.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	100	10	1000	2	
3	Direzione Amministrativa	Anticorruzione e trasparenza	Vardabasso Martina	18	Progettato per offrire un'opportunità di formazione continua agli operatori in campo sanitario, inclusi i ruoli amministrativi. L'obiettivo primario è fornire conoscenze e competenze per affrontare le sfide uniche legate alla corruzione e agli obblighi di trasparenza nel contesto sanitario, rispondendo al contempo ai requisiti di accreditamento ECM	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	15	10	100	2	
4	Direzione sanitaria	Comunicazione di front line	Fari Barbara	7	In front line, soprattutto presso gli sportelli del CUP, della radiologia, dell'URP, le persone arrivano spesso cariche di tensioni dovute alla malattia in corso, alla paura di non saper cosa loro spetta ed alla certezza che i tempi di attesa saranno lunghi e probabilmente dovranno pure pagare. La burocratizzazione di qualsiasi percorso non predispone al meglio lo stato di chi entra nel suo interno. Queste situazioni spesso evolvono in stress che l'utente scarica sull'addetto allo sportello che a sua volta è carico delle frustrazioni di tutti coloro che in quella sede portano il loro mal stare e, spesso, anche con modi aggressivi.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico, senza obbligo di crediti	25	3	75	6	Da dedicare al personale addetto al front line: sportelli CUP, URP, PS
5	Direzione sanitaria	Accesso alle prestazioni sanitarie per utenti non iscritti al SSN	Fari Barbara	20	Il momento economico/storico contingente è caratterizzato da grandi flussi di popolazioni che si spostano per motivi di studio, di turismo, per fuggire a guerre e persecuzioni e non ultimo per la ricerca del benessere fisico e quindi guarigione da alcune patologie che in molti Paesi non trovano risorse economiche, professionali e/o tecnologiche. Queste persone hanno diritti che vanno rispettati e doveri ai quali devono attenersi. Il personale sanitario ed amministrativo che si occupa di accesso ai percorsi clinici dei pazienti si trova spesso in difficoltà nel relazionarsi con questi utenti in quanto le norme che regolano l'accesso sono complesse, i documenti da considerare sono svariati, gli idiomi che usano per esprimersi sono spesso incomprensibili.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	40	2	80	4	
6	Direzione sanitaria	Elementi di etica e bioetica	Nigris Fabiano, Ponton Paola		I principi di bioetica sono il principale punto di riferimento teorico per l'analisi e la risoluzione dei problemi etici che sorgono in campo biomedico e clinico secondo il modello dei quattro principi di bioetica	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	4	
7	Direzione sanitaria	Comitato Etico per la Pratica Clinica per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste: attività e processi	Nigris Fabiano	16	Il corso è rivolto esclusivamente ai componenti del Comitato Etico per la Pratica Clinica per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. L'obiettivo generale del percorso formativo è introdurre i partecipanti al senso, alle funzioni e alle modalità operative di un comitato etico per la pratica clinica in ambito materno-infantile.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	1	30	15	
8	Direzione sanitaria	Formazione in materia di rifiuti e sostenibilità ambientale	Leghissa Matia	26	Il continuo miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie si accompagna a scelte che impattano sull'ambiente per il crescente ricorso a materiali monouso. Nell'ambito di strutture complesse come quelle sanitarie inoltre la gestione dei rifiuti diventa particolarmente delicata perché, oltre ai rifiuti urbani e/o assimilabili agli urbani, sono prodotti rifiuti potenzialmente pericolosi sia per l'ambiente che per la salute degli esseri umani.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	5	125	3	
9	Direzione sanitaria	Benessere, alimentazione e salute	Leghissa Matia	10	Il corso "Benessere, alimentazione e salute" si propone di fornire agli operatori sanitari informazioni in materia di nutrizione ospedaliera e benessere fisico. La nutrizione ospedaliera rappresenta un aspetto cruciale nella cura del paziente e dell'operatore. La fisioterapia, invece, ha l'obiettivo di prevenire e curare i disturbi del movimento, migliorando la funzionalità dell'apparato muscolo-scheletrico. Nel corso saranno illustrate tecniche efficaci di prevenzione da applicare nei luoghi di lavoro. Gli operatori sanitari saranno in grado di acquisire informazioni e le basi per una corretta alimentazione e uno stile di vita salutare, indispensabile per prevenire numerose patologie croniche.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	40	1	40	4	

10	Direzione sanitaria	Formazione in materia di rifiuti: normativa ADR	Leghissa Matia	26	La corretta gestione dei rifiuti all'Interno dell'Istituto è di fondamentale importanza, per tutelare l'ambiente e la salute delle persone. I rifiuti pericolosi, così come le sostanze pericolose, per poter essere ritirate e smaltite correttamente devono rispettare la norma ADR, che tratta il trasporto su strada di sostanze pericolose e definisce le modalità corrette di confezionamento, etichettatura e gestione dei rifiuti e sostanze pericolose.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	3	
11	Direzione sanitaria	Oltre l'assistenza: fondamenti pratici di gestione degli appalti dell'Istituto per un'operatività quotidiana più snella	Scolz Sabrina/Leghissa Matia	2	L'evento formativo si pone lo scopo di fornire, a tutto il personale, informazioni di base su come si sviluppano gli appalti e le concessioni all'interno dell'IRCCS Burlo Garofolo	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	2	20	4	
12	Direzione sanitaria	Scelte consapevoli per un futuro sostenibile	Leghissa Matia	26	La sostenibilità ambientale è un tema fondamentale da attuare a lavoro e nella vita quotidiana. Insieme al gestore comunale saranno affrontati temi e argomenti per migliorare il nostro impatto sull'ambiente.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	40	1	40	5	
13	Direzione sanitaria	Gestione della ristorazione nei reparti e sicurezza alimentare	Leghissa Matia	23	L'obiettivo del corso è di trasferire le conoscenze e le competenze in merito a: igiene degli alimenti, malattie trasmissibili con gli alimenti, igiene della persona e dei luoghi di lavoro, allergeni e diete speciali. Tali nozioni sono necessarie durante le fasi di prenotazione e somministrazione dei pasti ai degenti e trattano tematiche utili anche per le attività quotidiane a casa e sul luogo di lavoro.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	4	100	4	
14	Direzione sanitaria	La promozione della sicurezza delle cure: il rischio sanitario	Grassi Nicoletta, Scolz Sabrina	20	Il rischio sanitario permea completamente l'operare in sanità. Conoscerne gli aspetti E' fondamentale per operare in sicurezza e qualità .	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	1	30	6	
15	Direzione sanitaria	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Aggiornamento	Scolz Sabrina	20	Prevenzione della ICA, promozione della salute del paziente e del lavoratore, tutela legale	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	3	75	5	
16	Direzione sanitaria	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Scolz Sabrina	20	Sviluppo professionale per i link nurses infezioni correlate all'assistenza	FSC ECM	Infermiere,infermiere pediatrico	25	1	25	6	
17	Direzione sanitaria	LEAN HEALTHCARE MANAGEMENT - Il metodo Lean per il miglioramento dei processi in sanità	Casolino Mario	11	Il lean management attraverso rappresenta uno strumento operativo e gestionale tra i più applicati nella moderna realtà sanitaria. Alla base di tale metodologia c'è il lean thinking o pensiero snello,che nel corso del tempo si è evoluto fino a rappresentare una vera e propria filosofia di produzione efficiente ed efficace con attenzione al miglioramento continuo. E' fondamentale acquisire, tramite adeguata formazione, competenze lean da parte di tutti i professionisti sanitari e non solo quelli chiamati a svolgere un ruolo dirigenziale, ma anche chi nell'operato di tutti i giorni svolge la propria attività e che da tale metodologia può trarre miglioramento in termini di qualità , semplificazione e velocità di esecuzione.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	5	125	6	Fondi di ricerca: 000476/24
18	Direzione scientifica	Seminari del personale ricercatore sanitario e del personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Ronfani Luca/d'Adamo Pio Adamo	8	Per aumentare e ottimizzare le attività di ricerca presenti presso l'Istituto è necessaria una migliore conoscenza dei progetti già attivi e delle strumentazioni e apparecchiature che sono disponibili presso i diversi laboratori dell'Istituto. Questo vale in particolare per il personale ricercatore sanitario e il personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria che è" stato negli ultimi anni acquisito in Istituto a seguito della CCNL del Comparto Sanità dd. 11 luglio 2019 e che è attualmente impegnato a sviluppare e sostenere un numero rilevante di progetti di ricerca. Attraverso la conoscenza delle reciproche attività è possibile aumentare le collaborazioni interne ed esterne all'Istituto, far nascere nuove ipotesi di ricerca e ottimizzare l'utilizzo strumenti e di apparecchiature in dotazione presso l'Istituto	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisico,Medico chirurgo,Psicologo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, tutte le discipline	50	1	50	6	Fondi di ricerca 5xmille
19	Direzione scientifica	Aspetti amministrativi e contabili della gestione dei processi relativi alla ricerca con riferimento alle diverse fonti di finanziamento	Assanti Francesca/Zerjal Denise/Bradasc hia Martina	8	La Direzione Scientifica dell'IRCCS Burlo Garofolo ha come funzione generale la promozione e il coordinamento delle attività di ricerca scientifica, il supporto amministrativo e tecnico alle attività di ricerca e di trasferimento delle conoscenze, l'acquisizione di risorse da destinarsi allo sviluppo delle attività scientifiche proprie e la verifica dei risultati prodotti.	FSC ECM	senza obbligo ECM	5	1	5	6	Fondi di ricerca 5xmille

20	Direzione scientifica	Valutazione budget studi clinici profit	Vecchi Brumatti Liza	8	Dopo l'approvazione del regolamento delle sperimentazioni cliniche in data ottobre 2022, si è vista la necessità di dettagliare le procedure relative alla valutazione dei budget di ricerca per gli studi clinici profit che vengono proposti all'Istituto e la successiva gestione della documentazione per l'emissione delle fatture e la rendicontazione e redistribuzione dei guadagni per i Principal investigator a le altre figure coinvolte nel supporto alla sperimentazione.	FSC no ECM	senza obbligo ECM	15	1	15	6	Fondi di ricerca 5xmille
21	Direzione scientifica	I principali istituti contrattuali del CCNL sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria triennio 2019-2021: applicazioni pratiche	Mandelli Laura	8	Quando si parla di lavoro si affronta un argomento molto delicato, particolarmente complesso ed in continua evoluzione. I rapporti di lavoro possono avere numerose peculiarità. Inoltre, le disposizioni che regolamentano ciascun rapporto di lavoro derivanti dai contratti collettivi possono cambiare a seconda dell'inquadramento del dipendente, della sua anzianità . E' necessario costantemente avere un quadro su quelle che sono le ultime novità su lavoro e contratti, in modo da poter tenere costantemente evidenza di tutti gli istituti giuridici introdotti dalla normativa, alla luce dei CCNL sottoscritti.	FSC no ECM	senza obbligo ECM	25	1	25	6	Fondi di ricerca 5xmille
22	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Utilizzo degli applicativi informatici per la gestione delle prestazioni sanitarie: implementazione delle competenze degli operatori	Buchini Sara	35	La gestione dell'offerta sanitaria e il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie sono oggi degli obiettivi prioritari del SSN e SSR e l'erogazioni dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura. Utilizzare efficacemente, efficientemente e adeguatamente le potenzialità degli applicativi informatici necessari per gestire in maniera trasparente le prestazioni sanitarie e i percorsi clinici è assolutamente cruciale per garantire tutto il processo.	FSC ECM	Infermiere, senza obbligo ECM	10	1	10	70	
23	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Sistemi informatici e informativi a supporto dell'attività clinica	Buchini Sara, Deyme Raffaella	35	L'utilizzo dei sistemi informatici e informativi a supporto dell'attività clinica richiede un aggiornamento costante in quanto essi evolvono molto rapidamente per poter stare al passo con le necessità proprie dei percorsi clinici-assistenziali, nonchè una sempre maggiore competenza legata agli sviluppi informatici stessi.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	2	50	6	
24	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Le caratteristiche e le modalità di gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Buchini Sara	3	Il flusso informativo delle SDO è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutte le varie tipologie di ricovero erogate nelle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nata con finalità di carattere amministrativo del setting ospedaliero, la SDO è divenuta uno strumento irrinunciabile per l'effettuazione di analisi ed elaborazioni che spaziano dagli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei LEA e all'analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	4	
25	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Strategie necessarie per migliorare la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Buchini Sara	3	La SDO è parte integrante della cartella clinica, di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile, delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	6	
26	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Appropriatezza prescrittiva per la sostenibilità del sistema	Buchini Sara/Serra Giuseppe	4	Il nuovo nomenclatore includerà prestazioni che, seppure già erogate in vigenza del precedente decreto, sono descritte o organizzate diversamente, insomma rivede le vecchie le tariffe e nel contempo valorizza le nuove.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	6	
27	Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie	Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale: definizione di percorsi clinici	Buchini Sara/Serra Giuseppe	4	Per dare risposta ai bisogni di salute sarebbe necessario disporre di percorsi clinici condivisi con gli specialisti e i medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta. Tali percorsi clinici, uniformando le indicazioni cliniche di appropriatezza prescrittiva di visite ed esami, sono necessari per poter garantire equità, efficacia, efficienza e tempestività nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	6	
28	Centro Attività Formative	Percorso di inserimento del progettista presso il Centro Attività Formative dell'IRCCS Burlo Garofolo	Pim Rebecca Emily	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	FSC ECM	Infermiere, infermiere pediatrico,ostetrica	5	1	5	36	
29	Centro Attività Formative	La normativa UNI ISO 21001:2019: lo standard sulla formazione di qualità	Pim Rebecca Emily	34	I centri di formazione certificati secondo la UNI ISO 21001:2019 hanno il vantaggio di dimostrare una gestione più controllata ed efficace dei processi organizzativi nell'ottica del miglioramento continuo, rendendo visibile il proprio impegno nel rispetto di requisiti qualificanti e distintivi dei servizi di apprendimento Il Centro Attività Formative dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste ha intrapreso il percorso di accreditamento nel 2021ottenendo la certificazione UNI ISO 21001:2019 nel 2022	FSC ECM	Infermiere, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,	10	1	10	25	
30	Centro Attività Formative	L'aggiornamento della rete dei referenti aziendali della formazione	Pim Rebecca Emily	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	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	6	
31	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	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	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	4	IV trimestre

32	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Mediazione culturale: sviluppi, opportunità e limiti nell'attività sanitaria	Fontanot Donatella	15	La mediazione linguistico-culturale in sanità si propone, da un lato, come facilitazione dell'accesso ai servizi, a tutela dei diritti e dell'integrità delle persone straniere e dall'altro per migliorare l'adesione alle cure, con benefici in termini di salute individuale e collettiva nonché in termini organizzativi e di sistema. I mediatori culturali inoltre svolgono un importante funzione nel processo d'integrazione attraverso il dialogo interculturale e la coesione sociale. Il corretto utilizzo dei servizi sanitari e la reciproca comprensione tra medico e paziente, riducono i rischi di contenziosi e l'accesso ripetuto e/o inappropriato alle strutture sanitarie presenti sul territorio.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	1	30	4	
33	Ufficio Continuità Assistenziale	La Continuità Assistenziale nell'intervento psicologico ospedaliero	Zanello Elisa	12	Il percorso FSC prevede l'approfondimento teorico - pratico sull'intervento psicologico ospedaliero nei diversi ambiti e la presa in carico ospedale -territorio in un'ottica di continuità assistenziale,con momenti di confronto e discussione tra pari sui casi clinici.	FSC ECM	Psicologo, Psicoterapia,Privo di specializzazione	25	1	25	12	
34	Ufficio Continuità Assistenziale	La gestione della violenza sui minori: buone prassi d'intervento	Novello Laura/Poropat Federico	8	L'IRCCS Burlo Garofolo è da sempre impegnato attivamente nel contrasto alla violenza contro i/le minori ,offrendo un percorso di accoglienza e accompagnamento per chi accede all'ospedale e vive o ha vissuto situazioni di violenza. La tempestiva presa in carico,la corretta applicazione delle procedure medico legali previste,la messa in atto di azioni per la sicurezza ed il sostegno dei minori sono i presupposti indispensabili a garantire un percorso sicuro e duraturo.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	40	1	40	6	
35	Ufficio Continuità Assistenziale	La Continuità assistenziale: come, quando e perchè	Cragnolin Elisa	9	Fornire le conoscenze /strumenti ai professionisti sanitari per l'attivazione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale -territorio	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	3	75	5	
36	Ufficio Continuità Assistenziale	Incontri organizzativi /monitoraggio del personale dell' Ufficio Continuità assistenziale	Cragnolin Elisa	12	Il percorso FCS prevede incontri per equipe dell' Ufficio Continuità Assistenziale approfondimento e condivisione sui percorsi di continuità assistenziale nei diversi ambiti dell'equipe dell'ufficio.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Psicologo,psicoterapia	25	1	25	6	
37	SSD Politiche del Personale	Incompatibilità ed attività extra istituzionali dei dipendenti pubblici	Mandelli Laura/Buzzo Antonella	2	Il rapporto di lavoro con il datore di lavoro pubblico è storicamente caratterizzato, a differenza di quello col datore di lavoro privato, dal principio di esclusività della prestazione lavorativa, espresso dall'art. 98, comma 1, della Costituzione. Scopo del corso è l'analisi della normativa in tema di incompatibilità ed attività extraistituzionali dei dipendenti pubblici, dei numerosi problemi applicativi in materia, nonché delle soluzioni, non sempre omogenee, fornite dalle autorità amministrative e dalla giurisprudenza ordinaria, amministrativa e contabile.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	6	150	4	
38	SSD Programmazione e Controllo	La politica della qualità: strumenti a supporto della certificazione ISO 9001	Danielli Elisabetta	7	Alla luce del turn over che ha riguardato varie strutture si propone un'attività formativa trasversale in tema di certificazione iso, utilizzo dei vari strumenti (ad es prosa, registro nc, ecc), documentazione da produrre.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	3	90	4	
39	SSD Programmazione e Controllo	Aspetti economico-finanziari nella gestione dell' Azienda Ospedaliera. I riflessi dell'attività del personale sanitario sul budget e bilancio	Vardabasso Martina/Rachelli Alessandra/Caso lino Mario	35	Il corso intende fornire conoscenze sui principi, processi e metodologie di programmazione e controllo applicati alle aziende sanitarie.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	4	
40	SC Gestione Economico - Finanziaria	Approfondimento delle competenze informatiche - pacchetto office ed excel	Accardo Antonio/Orsini Andrea	35	Sviluppare e rendere omogenee le competenze informatiche del gruppo di lavoro con l'obiettivo di elaborare e diffondere la reportistica inerente le attività della struttura	RES no ECM	Senza obbligo di crediti	25	1	25	4	
41	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Evidence Based Practice: metodologia e strumenti per le professioni sanitarie - corso base	Dobrina Raffaella	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	tutte le professioni	25	1	50	4	
42	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Metodologia della ricerca scientifica - corso avanzato	Dobrina Raffaella	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	tutte le professioni	25	1	25	4	
43	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Aggiornamento continuo dell'attività di assistenza ostetrica in PMA omologa ed eterologa	Debelli Martina/Borme Nevena	14	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	Ostetrica/o	25	1	25	20	
44	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Gestione del percorso dei campioni biologici dalla fase pre-analitica alla fase post-analitica	Tempesta Marco	3	La gestione del percorso dei campioni biologici all'interno dell'IRCCS Burlo Garofolo registra numerose non conformità nelle diverse fasi del processo analitico. Considerando che lo stesso coinvolge diversi profili professionali, risulta necessario organizzare un percorso di condivisione delle criticità , finalizzato all'implementazione di azioni correttive da monitorare nel breve e lungo termine.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	10	
45	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Alfabetizzazione sanitaria, comunicazione efficace ed engagement del paziente e della sua famiglia.	Dobrina Raffaella	7	L'alfabetizzazione sanitaria, o health literacy, è un determinante fondamentale per la salute. Le persone che hanno una health literacy limitata, hanno esiti di salute peggiori. Nei contesti ospedalieri, la limitata alfabetizzazione sanitaria dei pazienti, insieme a fattori come l'infodemia, la carenza di personale e le degenze più brevi, rappresentano ostacoli significativi all'informazione, educazione e al coinvolgimento efficace dei pazienti nel processo di cura e assistenza.	RES ECM	tutte le professioni	75	2	150	4	
46	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Strategie per un' informazione ed educazione efficace	Dobrina Raffaella/Amadd eo Alessandro	7	La capacità di accedere, comprendere, e utilizzare informazioni sanitarie è un elemento fondamentale per il miglioramento degli esiti di salute dei pazienti	FSC ECM	tutte le professioni	50	1	50	6	

47	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	La gestione dei cateteri intravascolari per la prevenzione delle infezioni catetere correlate	Longo Antonella	18	Aggiornare la procedura aziendale ed uniformare la gestione degli accessi vascolari nelle varie aree	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Ostetrica/o	25	2	50	10	
48	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Professioni sanitarie, piattaforme della cura, aree assistenziali e aree tecnico-assistenziali: condivisioni di punti di forza e criticità	Tempesta Marco	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	Infermiere,Infermiere pediatrico,Ostetrica/o,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico sanitario di radiologia medica	25	1	25	8	
49	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	L'eccellenza nell'offerta delle cure assistenziali in emergenza-urgenza: approfondimenti clinico-assistenziali	Tempesta Marco	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	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Ostetrica/o	95	1	95	8	
50	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Allenare le pratiche assistenziali e tecnico-riabilitative	Tempesta Marco	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	tutte le professioni/tutte le discipline	90	1	90	8	
51	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Confronti monotematici sui processi di cura ostetrico-ginecologici	Debelli Martina	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	Infermiere, Ostetricoa/o, senza obbligo di crediti ECM	50	1	50	10	
52	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Update in chirurgia multispecialistica: aspetti peculiari dell'assistenza	Tagliapietra Benedetta	3	L'aggiornamento continuo e costante delle procedure secondo le EBP è fondamentale per implementare le conoscenze e competenze degli operatori sanitari. Le procedure sono strumenti che rendono lo svolgimento delle attività , il più possibile oggettive sistemiche e verificabili, includendo la standardizzazione della pratica infermieristica. queste revisioni infatti risulteranno utili e trasversali a diverse aree ospedaliere.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Chirurgia generale,Ortopedia e traumatologia	25	1	25	10	
53	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	A me lo sguardo! L'ortottista dell'età evolutiva	Giganti Silvia, Malannino Maria Francesca, Sferlazza Giorgia	18	L'adozione di modelli operativi interdisciplinari richiede la conoscenza delle attività svolte dalle diverse figure professionali. L'ortottista è una professione sanitaria della riabilitazione poco conosciuta la cui attività va valorizzata e integrata all'interno delle reti operative di cure pediatriche riabilitative.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	1	30	6	
54	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	I processi meccanici nel travaglio di parto a basso rischio	Debelli Martina	18	La progressione delle diverse fasi del travaglio di parto è condizionata da 2 fattori: i processi dinamici, rappresentati dall'attività contrattile miometriale, e i processi meccanici, rappresentati dal posizionamento assiale fetale intrauterino e dalla posizione della presentazione fetale. I processi meccanici, nello specifico il corretto posizionamento della presentazione fetale, possono essere facilitati dal libero movimento materno e da alcune pratiche ostetriche atte a favorire l'allineamento della situazione fetale lungo l'asse mediano del corpo materno e la rotazione interna da trasversa/posteriore ad anteriore.	RES ECM	Ostetrica/o,Medico chirurgo,Ginecologia e ostetricia	25	2	50	6	
55	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Le competenze dell'equipe assistenziale nella gestione del paziente oncoematologico pediatrico: ruoli e percorsi	Longo Antonella	18	La gestione multiprofessionale in oncoematologia pediatrica, permette di prendere in carico il paziente in tutte le fasi della malattia, migliorando la risposta ai trattamenti, favorendo il tempestivo accesso a terapie riabilitative e di supporto e consentendo di gestire efficacemente l'eventuale ripresa di malattia. La competenza e la sinergia dell'equipe, sono requisiti fondamentali e diventano essenziali nell'approccio assistenziale al paziente in un'ottica di cura e best practice	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	15	
56	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	La care nel neonato pretermine e a termine	Esposito Emily, Maresca Giorgia	18	La care neonatale consiste in una serie di interventi e azioni mirate a promuovere il benessere del bambino e dei suoi genitori all'interno della Tin. Le proposte seguono gli standard europei dettati dalla EFCNI e devono necessariamente coinvolgere tutte le figure professionali che ruotano attorno al neonato e alla sua famiglia, posti al centro dell'intervento abilitativo. Promuovere la care significa favorire lo sviluppo cerebrale del neonato pretermine in una fase evolutiva critica e di crescita geneticamente programmata in utero. Una buona care è un indicatore della qualità dell'assistenza all'interno delle TIN.	FSC ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo, Neonatologia	30	1	30	14	
57	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Promozione del contatto e della relazione genitore-neonato	Esposito Emily	18	Il neonato, specialmente se pretermine, necessita del tocco e delle cure precoci dei genitori per raggiungere il massimo del suo potenziale di sviluppo cerebrale e fisico. Secondo i recenti studi, favorire fin da subito il tocco vuol dire promuovere la relazione tra i genitori ed il bambino e quindi stabilire un processo di attaccamento positivo con outcome a breve e lungo termine per il neonato e la sua famiglia.	FSC ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Neonatologia	25	1	25	10	
58	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Up date in malattie rare in ambito pediatrico: nuovi approcci in ambito clinico-assistenziale	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 per apportare i miglioramenti in approccio assistenziale della presa in carico globale del paziente con la malattia rara.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	6	

59	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Presidi di disostruzione bronchiale in età pediatrica	Sartori Roberta	29	La gestione delle secrezioni bronchiali è una componente cruciale nei programmi di riabilitazione polmonare (RP), in particolare per i pazienti con malattie polmonari croniche e nelle fasi acute di patologie respiratorie. Le secrezioni bronchiali, se non adeguatamente rimosse, possono ostacolare il passaggio dell'aria nelle vie aeree, compromettere la ventilazione alveolare e favorire lo sviluppo di infezioni respiratorie. In questi contesti, l'applicazione di tecniche di disostruzione bronchiale, personalizzate in base alle necessità del paziente, diventa essenziale per garantire un'efficace gestione respiratoria.	RES ECM	tutte le professioni	30	1	30	5	
60	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Gestione del trasporto intra ed extra ospedaliero pediatrico	Menegazzo Elisa, Dittura Loredana	18	Al fine di garantire la sicurezza del paziente, il mantenimento e aggiornamento continuo delle competenze in ambito di assistenza del paziente critico, neonatale e/o pediatrico, è fondamentale garantire ai professionisti sanitari setting di simulazione, di affiancamento e approfondimento del sapere con specialisti.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	50	1	50	10	
61	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	L'accoglienza dell'la donna che ha subito violenza	Debelli Martina/Zanello Elisa	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	tutte le professioni/tutte le discipline	90	1	90	6	
62	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Corso base per guide di tirocinio del CdL Ostetricia dell'Università degli Studi di Trieste	Beltrame Vriz Giulia	18	L'attività formativa si prefigge lo scopo di formare il tutor clinico alla relazione centrata sul discente	FAD	Infermiere, Ostetriche, Infermiere pediatrico	25	1	25	21	
63	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Mantenimento del Sistema di gestione della Qualità dell'Unità di sperimentazione con farmaci di Fase I	Danielli Elisabetta	14	Gli incontri settimanali per la gestione dell'Unità clinica di Fase I sono metodologicamente necessari per implementare e supportare il modello organizzativo multidisciplinare a sostegno degli studi clinici di Fase I.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	25	1	25	20	
64	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	I flussi informativi obbligatori attraverso il sw CTIS nelle sperimentazioni cliniche	Danielli Elisabetta		Dal 31 gennaio 2025 TUTTI gli studi sperimentali con farmaco devono transitare su una nuova piattaforma ministeriale (CTIS)	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
65	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	La scheda di valutazione del rischio degli studi di fase I	Danielli Elisabetta		Le nuove GCP R3 di cui al punto 1, introducono un rinforzo rispetto all'analisi dei rischi legati agli studi di sperimentazione clinica di fase 1. A tal fine è stata allestita una scheda i cui contenuti devono essere condivisi tra gli operatori.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
66	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	La valutazione del rischio dei software	Danielli Elisabetta		I software che impattano sulle cure sono diventati dispositivi medici e come tali devono sottoporsi ad un'analisi del rischio. Il tema è corposo e necessita di formazione da parte di docente esterno con competenza	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
67	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	I nuovi requisiti regionali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle PMA di I, II e III livello	Danielli Elisabetta		Con l'entrata in vigore del DPRReg regionale n. 01/2025 si riattiva il processo di autorizzazione e accreditamento delle PMA e le visite del Centro Nazionale Trapianti per la verifica della qualità e sicurezza dei trattamenti sulle cellule riproduttive. I nuovi requisiti sono quadruplicati rispetto ai precedenti, del 2007, a causa della enorme evoluzione scientifica e normativa delle tecniche PMA negli ultimi anni.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
68	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Adempimenti prescrittivi nelle norme ISO per i sistemi di qualità negli IRCCS	Danielli Elisabetta		Il turn over delle risorse attualmente afferenti all'Ingegneria clinica e all'ufficio tecnico, edile, impiantistico impongono una formazione di refresh sulle norme ISO che impattano sull'Istituto.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
69	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Le convalide di processo e le qualificazioni nei Programmi Trapianti CSE	Danielli Elisabetta		Con la creazione del Programma Trapianti CSE Metropolitano giuliano – isontino e con l'uscita del DPReg regionale 50/2024, sono divenuti applicabili nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento che richiedono che i processi siano convalidati e che i locali, il personale, i materiali, le attrezzature siano qualificati.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
70	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	La gestione del budget nelle sperimentazioni cliniche di fase 1	Danielli Elisabetta		Con la certificazione AIFA per l'Unità di Fase 1 dell'IRCCS Burlo Garofolo si sono attivate anche le disposizioni interne che disciplinano le attività amministrative a supporto degli studi sponsorizzati. Trattasi della gestione delle spese e ricavi che riguardano le risorse (personale, attrezzatura, impianti, formazione, ...)	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
71	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	ISO 15189 e ISO 17025 per i laboratori	Danielli Elisabetta		I Laboratori medici degli enti pubblici devono adeguarsi alla ISO 15189.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
72	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Nuovo regolamento europeo sui dispositivi medici (MDR) dopo il Regolamento UE n. 2017/745e IVD	Danielli Elisabetta		I dispositivi medici sono regolamentati dal Regolamento (UE) 2017/745 (dispositivi medici) e del Regolamento (UE) 2017/746 (dispositivi medico-diagnostici in vitro).I nuovi Regolamenti UE 2017/745 e UE 2017/746 contengono modifiche molto impattanti sull'intero settore, che comporteranno cambiamenti di rilievo non solo per fabbricanti e distributori ma anche per ospedali ed operatori sanitari.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
73	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Nuovo regolamento europeo sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVDR) dopo il Regolamento UE n. 2017/746e IVD	Danielli Elisabetta		I dispositivi medici sono regolamentati dal Regolamento (UE) 2017/745 (dispositivi medici) e del Regolamento (UE) 2017/746 (dispositivi medico-diagnostici in vitro).I nuovi Regolamenti UE 2017/745 e UE 2017/746 contengono modifiche molto impattanti sull'intero settore, che comporteranno cambiamenti di rilievo non solo per fabbricanti e distributori ma anche per ospedali ed operatori sanitari.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	

74	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Biobanche normativa ISO 20387 Fantini per laboratori e Ufficio Qualità	Danielli Elisabetta		La certificazione delle biobanche è un obiettivo richiesto dal Ministero della Salute per gli IRCCS.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
75	SS Accreditamento, Qualità e Gestione del Rischio clinico	Good Clinical Practices aggiornamento R3 per componenti fase 1 e sperimentatori	Danielli Elisabetta		Le GCP R3 sono la base giuridica su cui sono effettuate le ispezioni AIFA alle Unità per la sperimentazione clinica con farmaci di fase 1.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	20	1	20	6	
76	SC R Radiologia Pediatrica	Meeting di radiologia: pediatri e radiologi a confronto	Granata Claudio	3	L'evento formativo si propone di migliorare e mantenere a livelli elevati la qualità delle cure, raggiungibile implementando le conoscenze e le competenze dei medici nella gestione e nella valorizzazione clinica delle evidenze che emergono dagli accertamenti radiologici eseguiti ai pazienti degenti nelle strutture dell'Istituto.	FSC ECM	Anestesia e rianimazione,Chirurgia pediatrica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Radiodiagnostica	25	1	25	10	
77	SC R Radiologia Pediatrica	Aggiornamenti clinico-organizzativi in radiologia pediatrica	Granata Claudio	29	La SC Radiologia Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo rappresenta un supporto per le altre strutture clinico-assistenziali talvolta determinante nella valutazione di una casistica clinica sempre più eterogenea e multiforme. Esiste quindi una complessità operativa rappresentata dalla gestione ed organizzazione di una struttura altamente tecnologica e informatizzata.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	25	1	25	20	
78	SC R Radiologia Pediatrica	Addestramento all'uso del tomografo a Risonanza Magnetica	Granata Claudio	29	Questa iniziativa di formazione sul campo intende far sviluppare a tutti i professionisti (medici con specializzazione in radiodiagnostica, tecnici sanitari di radiologia medica e infermieri/infermieri pediatrici) le necessarie e specifiche competenze teorico-pratiche per utilizzare il tomografo a Risonanza Magnetica in dotazione presso la SC R Radiologia Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, soprattutto nel caso di neoassunti/neoinseriti (professionisti che non hanno mai lavorato in un servizio di Risonanza Magnetica specialmente ad indirizzo pediatrico).	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica	10	1	10	25	
79	SSD Gravidanza a Rischio	Taratassi ovvero lavorare per la salute di donne e bambini in paesi a risorse limitate	Piccoli Monica	15	Taratassi è un foglietto di carta stropicciato, sporco, riciclato ma prezioso che accompagna i pazienti nella piccola realtà dell'Ospedale di Andavadoaka in Madagascar. E' la loro cartella sanitaria personale. Il contesto dei paesi in via di sviluppo è caratterizzato da elevata prevalenza di malattie per noi insolite: malattie tropicali o tubercolosi o sifilide in stadi avanzati, ma in generale la sfida più importante in questi paesi rappresentata dalla necessità di adattare le scelte terapeutiche ed ad assistenziali in contesti a risorse limitate dove è necessario contenere le indagini di laboratorio ed adeguare le terapie in funzione dei farmaci disponibili in loco.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Osterica/o, senza obbligo ECM	30	1	30	9	
80	SC Genetica Medica	Presentazione di casi clinici complessi: risultati, analisi e discussione	Gasparini Paolo/Ulivi Sheila	7	Nel laboratorio di Genetica Medica del nostro Istituto sono continuamente implementate nuove tecnologie ed analisi, aumentando di conseguenza l'attività di laboratorio che ha assunto proporzioni impressionanti. E' necessario, quindi, un continuo aggiornamento per quanto riguarda le specifiche conoscenze delle tecnologie disponibili e le loro possibili applicazioni in campo sanitario. La crescente richiesta di consulenze genetiche (pre-test/post-test) rende necessaria la predisposizione di agende per la gestione degli appuntamenti e un continuo contatto tra clinica e laboratorio per la decisione di percorsi diagnostici adeguati. E' indispensabile quindi definire momenti di incontro/confronto con cadenza almeno bimensile per coordinare le varie attività , definire le competenze e programmare un continuo aggiornamento.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, privo di specializzazione	20	1	20	20	
81	SC Genetica Medica	Neurogenetica ed epilessia: lo sviluppo delle reti	Paccagnella Elisa	18	L'evoluzione continua delle conoscenze rispetto alle cause genetiche dell'epilessia rende necessario un costante aggiornamento scientifico e motiva la costruzione di gruppi di lavoro multidisciplinare all'interno dei quali devono trovare spazio ed integrarsi competenze specialistiche diverse. Le scoperte della genetica in questo settore, nell'evidenziare le caratteristiche molecolari del background neurobiologico dell'epilessia e delle sue comorbidità, stanno contribuendo significativamente alla condivisione della prospettiva delle sindromi epilettiche pediatriche come modelli di disturbi del neurosviluppo multidimensionali.	RES ECM	Biologo/Biotecnologo,Educatore professionale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico della riabilitazione psichiatrica,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Genetica medica,Laboratorio di genetica medica,Medicina fisica e riabilitazione,Medicina generale,Medicina interna,Neurochirurgia,Neurofisiopatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Neuroradiologia,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Psichiatria,Privo di specializzazione	75	1	75	6	
82	SC Oncoematologia	Analisi di casi clinico-assistenziali in ambito oncoematologico pediatrico	Rabusin Marco	18	Nella SC di Onco-Ematologia dell'IRCCS BG afferiscono pazienti complessi affetti da patologia onco-ematologiche o in attesa di trapianto di cellule staminali ematopoietiche spesso provenienti da paesi extra Ue. Assume pertanto fondamentale rilievo poter condividere i percorsi di cura non solo tra il personale medico ed infermieristico ma tra tutto il personale afferente alla struttura	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo, Ematologia,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione	30	1	30	10	
83	SC Oncoematologia	Revisione dell'organizzazione e della gestione della SC Onco-Ematologia e centro Trapianti dell'IRCCS Burlo Garofolo	Rabusin Marco/Longo Antonella	11	La riunione è lo strumento chiave di comunicazione interna maggiormente utilizzato in tutti gli ambienti ed i contesti di lavoro ed è uno dei metodi più efficaci per raccogliere e diffondere informazioni e decidere su attività ed organizzazione. La SC Oncoematologia presenta una complessità clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale tale da richiedere la collaborazione e l'integrazione di tutti gli operatori sanitari e non presenti nella struttura. Il mantenimento delle riunioni periodiche rappresenta uno strumento che può garantire un'efficace comunicazione tra gli operatori, uno scambio proficuo di competenze e di informazioni inerenti linee guida protocolli, procedure, evidenze scientifiche, allo scopo di migliorare sia l'approccio clinico assistenziale che l'organizzazione del lavoro.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo, Ematologia,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione	35	1	35	8	

84	SC Oncoematologia	Organizzazione di un programma di formazione degli operatori sanitari nell'ambito del Programma Trapianti Metropolitano Giuliano-Isontino	Rabusin Marco	8	Nel corso del 2024 è stato istituito il Programma Trapianti Metropolitano Giuliano-Isontino (PTM) frutto della fusione tra il Programma Trapianti Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo ed il Programma Trapianti CSE in pazienti adulti di ASUGI. Alle due Unità Cliniche si affiancano l'Unità di raccolta di CSE da sangue midollare, incardinata nell'Unità Clinica del Burlo, l'Unità di raccolta di CSE da sangue periferico e l'Unità di Processazione entrambe incardinate all'interno del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino. Contribuiscono inoltre all'attività del nuovo PTM altri servizi quali la citofluorimetria , la tipizzazione tissutale, e la farmacie delle rispettive Aziende. Tra gli obiettivi del nuovo programma Trapianto metropolitano vi è l'organizzazione di un programma comune di formazione sanitaria per il personale medico ed infermieristico che mantenga ed arricchisca le specifiche competenze promuovendo l'innovazione dei processi di assistenza sanitaria	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo, Ematologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Medicina interna,Medicina trasfusionale,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione	50	1	50	20	
85	SC R Laboratorio di Diagnostica Avanzata TraslaZIONALE	Medicina TraslaZIONALE, risvolti sull'attività di Laboratorio	Stocco Gabriele	2	Al fine di svolgere al meglio l'attività laboratoristica all'interno della Diagnostica Avanzata TraslaZIONALE, vanno condivisi i percorsi assistenziali previsti per le varie sezioni presente all'interno della struttura, con uno spazio dedicato alle consulenza farmacologiche, alla certificazione e all'attività pratica di laboratorio.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Chimico,Farmacista,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Genetica medica,Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	25	1	25	40	
86	SC R Laboratorio di Diagnostica Avanzata TraslaZIONALE	La medicina di precisione: il TDM del farmaco	Stocco Gabriele	18	Nella pratica clinica il TDM, monitoraggio terapeutico del farmaco, è uno strumento molto utile per una corretta e personalizzata gestione dei farmaci. Il corso non solo vuole dare una panoramica delle corrette indicazioni e dei risvolti pratici applicabili al monitoraggio, ma vuole essere anche un momento pratico, di dialogo con il laboratorio, in merito alla modalità di richiesta e invio dei prelievi. Infine offrire uno sguardo su nuove frontiere nell'ambito della ricerca inerente questa tematica.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	100	1	100	4	
87	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Comunicazione tra operatori in ambito sanitario - Il linguaggio della (in)fertilità: abilità comunicative dell'equipe nei percorsi assistenziali	Ricci Giuseppe/Crevat in Roberta	2	Il lavoro delle diverse equipe nella fase post pandemia ha subito alcune modificazioni che investono anche i processi comunicativi tra pazienti e operatori. I diversi profili professionali necessitano di nuove skills per la gestione della comunicazione e della relazione con i pazienti	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Infermiere,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Ginecologia e ostetricia,Privo di specializzazione	20	1	20	20	
88	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	ART SCHOOL - CORSO TEORICO -PRATICO IN PMA	Ricci Giuseppe/Zito Gabriella	18	La Medicina Riproduttiva è una specialità che negli ultimi anni ha compiuto passi da gigante, sia in ambito diagnostico sia in ambito di stimolazione ovarica, con introduzione di nuove strategie di cura per aumentare le percentuali di esito dei percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita.	RES ECM	Biologo/Biotecnologo,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Ginecologia e ostetricia	25	1	25	6	Con il contributo non condizionante di MERCK Serono S.p.A
89	SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Adeguamento dell'attività clinica in PMA ai nuovi LEA	Ricci Giuseppe	2	Nel 2024 sono stati emanati i nuovi LEA per la PMA che non sono stati ancora recepiti dalla Regione FVG. Ciò porterà ad un cambiamento dell'attività clinica ed assistenziale a cui bisognerà far fronte rimodulando la gestione clinico-organizzativa del percorso PMA.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Infermiere,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Ginecologia e ostetricia,Privo di specializzazione	25	1	25	14	
90	SC Neonatologia	Protocolli e linee guida per l'assistenza al neonato a rischio	Starc Meta	2	Condividere strategie clinico assistenziali e procedure all'interno della struttura sostenute dalle recenti evidenze scientifiche	FSC ECM	tutte le professioni/Neonatologia,Pediatria	50	1	50	17	
91	SC Neonatologia	Le cure individualizzate a sostegno dello sviluppo	Travan Laura, Marrazzo Francesca, Plet Sabrina	7	Affinare le conoscenze e le basi scientifiche riguardanti i temi centrali della Developmental care del neonato centrata sulla famiglia e tracciare le linee per la loro implementazione operativa.	RES ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Psicologo, Neonatologia,Pediatria	50	2	100	8	SIN (Gruppo Care)
92	SC Neonatologia	Syndromic Game	Travan Laura, Memo Luigi, Sellicorni Angelo	18	La formazione sulle malattie rare è uno degli obiettivi del Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR). L'elevato numero delle singole malattie rare, la complessità che le caratterizza e il ridotto numero di casi, lo sviluppo esponenziale della genetica, i nuovi strumenti diagnostici e le nuove terapie richiedono uno sforzo delle Società Scientifiche per supportare la crescita professionale e le esperienze pratiche anche degli medici in formazione.	RES ECM	Medico chirurgo, Genetica medica,Neonatologia,Pediatria, privo di specializzazione	50	1	50	9	SIMGePeD
93	SC Neonatologia	Gli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine - GAVeCeLT	Trappan Antonella, Marrazzo Francesca, Rodriguez Carmen	8	I dispositivi per accesso venoso sono un presidio indispensabile per il trattamento dei pazienti ospedalizzati e non. Come molti interventi strumentali, però, possono associarsi complicanze di vario tipo che non sempre sono prevenibili, benché spesso prevedibili. Tali complicanze (talora correlate alla inserzione dell'accesso venoso), sono clinicamente più rilevanti per gli accessi venosi centrali piuttosto che per gli accessi venosi periferici; ne consegue che la prima e più importante strategia per minimizzare i rischi degli accessi venosi è porre in modo appropriato la loro indicazione e procedere ad un posizionamento più corretto possibile.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Anestesia e rianimazione,Neonatologia,Pediatria	30	2	60	8	
94	SC Neonatologia	L'Ospedale Amico dei Bambini: formazione per operatori coinvolti - Empowerment delle famiglie	Bua Jenny	34	Tra il personale dell'Istituto sono stati identificati gli operatori informati, coinvolti e dedicati all'assistenza delle donne che allattano ed al sostegno della genitorialità . I contenuti formativi comuni riguardano la gestione dell'allattamento, l'alimentazione del bambino non allattato, il rispetto del Codice Internazionale OMS sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, le Cure Amiche della madre. La formazione per gli operatori coinvolti si svolge con questo corso della durata di 8 ore che segue gli stessi principi e lo stesso metodo individuato per la formazione regionale degli operatori dedicati ("Protezione Allattamento")	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	35	3	105	7	
95	SC Neonatologia	La Neonatologia incontra la Pediatria di Base	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	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta)	40	1	40	6	

96	SC U Clinica Pediatrica	Guida rapida all'interpretazione dell'elettrocardiogramma in età pediatrica	Chicco Daniela	18	Guida rapida all'interpretazione dell'elettrocardiogramma pediatrico per il personale sanitario	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ostetrica/o,Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Medicina dello sport,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta)	25	4	100	4	
97	SC U Clinica Pediatrica	Guida rapida all'interpretazione dell'elettrocardiogramma in età pediatrica-competenze specifiche	Chicco Daniela	18	Guida rapida all'interpretazione dell'elettrocardiogramma pediatrico per il personale sanitario	RES ECM	Medico chirurgo, Cardiologia,Medicina dello sport,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina generale,Neonatologia,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta)	25	2	50	4	
98	SC U Clinica Pediatrica	Lo sviluppo del bambino nei primi mille giorni	Barbi Egidio	10	Tra i bisogni formativi degli specializzandi di pediatria emerge la necessita di formazione specifica per sostenere le famiglie nei primi 1000 giorni di vita, ovvero dal concepimento, con misure di sostegno alla genitorialità , di attenzione all'ambiente di crescita all'interno delle famiglie, di prevenzione della violenza e di contrasto alla povertà culturale.	RES ECM	Medico chirurgo,Pediatria, privo di specializzazione	25	1	25	6	
99	SC U Clinica Pediatrica	Protocollo operativo per la corretta esecuzione e richiesta refertazione dell'elettrocardiogramma per il personale del IRCCS Burlo Garofolo	Caiffa Thomas	18	Educare alla corretta esecuzione dell'elettrocardiogramma e alla corretta procedura di richiesta di refertazione dello stesso. Il corso è rivolto al personale dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste alla luce del nuovo sistema operativo e della nuova procedura	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ostetrica/o	20	1	20	6	
100	SC U Clinica Pediatrica	Discussione di casi clinici afferenti al Dipartimento di Pediatria	Di Leo Grazia	3	Miglioramento delle performance assistenziali mediche pediatriche attraverso il coinvolgimento diretto degli specialisti con discussione interattiva di casi clinici.	FSC ECM	Medico chirurgo-tutte le discipline	20	1	20	30	
101	SC Neuropsichiatria Infantile	L'approccio all'adolescente con tratti borderline di personalità	Skabar Aldo	22	L'adolescente con tratti borderline di personalità è a rischio di atti autolesivi e anticonservativi, pertanto presenta frequenti accessi alle cure in ambiente ospedaliero. La gestione di questo tipo di problematica è complessa e spesso stressante. La conoscenza dei meccanismi di mentalizzazione e di comunicazione di questo gruppo di persone è fondamentale per evitare interventi controproducenti e per ridurre lo stress lavoro-correlato nell'operatore sanitario.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Tecnico di neurofisiopatologia	30	2	60	6	
102	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Baby Friendly Initiative (BFI): formazione per l'accreditamento UNICEF_OMS	Milenco Mariaros	11	L'accreditamento del percorso BFI è riconosciuto internazionalmente come un processo di miglioramento dell'assistenza e della qualità delle cure. Per raggiungere questo obiettivo è necessario che le referenti del Passi del nostro Istituto si confrontino tra di loro per implementare le competenze già acquisite e parallelamente si riuniscano con le referenti del territorio ASUGI già Comunità Amica delle Bambine e dei Bambini per la costruzione di documenti , protocolli e linguaggio comuni. al fine di garantire coerenza e sinergia tra le varie iniziative a livello locale.	FSC ECM	tutte le professioni, Neonatologia, Pediatria	25	1	25	6	
103	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Le cure che nutrono (Nurturing Care): La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita	Milenco Mariaros	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	Tutte le professioni, Medico Chirurgo, Medicina generale,Neonatologia,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Psichiatria,Psicoterapia,Privo di specializzazione	30	1	30	7	
104	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	La comunicazione alle famiglie nell'ambito dello screening neonatale	Ronfani Luca	7	Gli screening neonatali rappresentano un importante intervento di prevenzione sanitaria secondaria che permette la diagnosi precoce di un ampio spettro di malattie congenite. Accompagnare le famiglie lungo il percorso diagnostico, offrendo informazioni comprensibili e indicazioni pratiche, rafforza la loro fiducia nei confronti del sistema sanitario. Una comunicazione efficace, empatica e trasparente è essenziale per garantire che lo screening neonatale non sia solo un processo clinico, ma anche un'esperienza gestita con attenzione al benessere delle famiglie.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	90	1	90	3	
105	SC U Odontostomatologia	Aggiornamento continuo in odontoiatria	Cadenaro Milena	18	La cura di patologie neonatali e pediatriche per le quali la SCU di Odontostomatologia Pediatrica dell'Ospedale Infantile Burlo Garofolo di Trieste è centro di riferimento per il Friuli Venezia Giulia necessita di un continuo aggiornamento e capacità di collaborazione multidisciplinare per offrire prestazioni di alta qualità erogate in un ospedale di 3° livello.	FSC ECM	Igienista dentale,Infermiere,Infermiere pediatrico,Odontoiatra, Privo di specializzazione	25	1	25	6	
106	SC Chirurgia	Update in Chirurgia ed Urologia pediatrica	Schleef Jurgen	18	Migliorare l'applicazione di protocolli e linee guida per la patologia d'interesse di Chirurgia ed Urologia Pediatrica. Informazioni su nuove tecniche chirurgiche per chirurghi e pediatri.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Chirurgia generale,Chirurgia pediatrica,Gastroenterologia,Ginecologia e ostetricia,Medicina generale,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Radiodiagnostica,Urologia	30	1	30	10	
107	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Formazione sul campo sulle procedure diagnostico terapeutiche per il trattamento delle sordità infantili	Grasso Domenico Leonardo	5	Le sordità infantili rappresentano una delle disabilità più comuni della sfera pediatrica. Oltre all'impatto sulla capacità di ascolto, la presenza di tale patologia comporta l'associazione di gravi disturbi del linguaggio che impattano in maniera determinante sulla sfera socio- cognitiva ed emotiva del paziente.	FSC ECM	Infermiere,Logopedista,Medico chirurgo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Audiologia e foniatria,Otorinolaringoiatria	25	1	25	40	
108	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	La videoanalisi e le sordità infantili	Orzan Eva	18	Un uso costante degli impianti cocleari o degli apparecchi acustici di una bambina o un bambino, pur essenziale per avviare uno spontaneo sviluppo delle abilità uditive e linguistiche, non assicura dei outcomes ottimali. I risultati possono anche essere molto lenti e difficilmente valutabili, in particolare quando si tratta di bambini piccoli pre-verbali. Le tecniche di videoanalisi permettono in questi casi di ottenere una valutazione oggettiva, prima che i bambini siano in grado di produrre la lingua parlata	FSC ECM RES ECM	Logopedista,Medico chirurgo,Psicologo,Audiologia e foniatria,Otorinolaringoiatria	25	1	25	15	

109	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	L'Intervento audio-protetico precoce	Orzan Eva	18	Congiuntamente alle evoluzioni scientifiche, mediche e tecnologiche degli ultimi 15-20 anni è cresciuto un universale riconoscimento dell'importanza dell'identificazione e dell'intervento protesico e riabilitativo precoci. Gli attuali ausili per l'ascolto sono in grado di correggere in modo ottimale tutti i livelli di danno sensoriale: quando applicati precocemente e in modo corretto offrono l'opportunità di far apprendere le abilità uditive e linguistiche secondo le tappe di sviluppo naturale, ponendo così le basi di una vita comunicativa autonoma e di una completa partecipazione scolastica e sociale per i bambini con danno uditivo anche di grado profondo	RES ECM	Logopedista,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Audiologia e foniatria,Otorinolaringoiatria	25	2	50	15	
110	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	La chirurgia delle patologie croniche in ambito otorinolaringoiatrico pediatrico	Orzan Eva	18	Acquisizione delle competenze chirurgiche per il trattamento delle patologie croniche in ambito otorinolaringoiatrico pediatrico	FSC ECM	Otorinolaringoiatria	10	1	10	64	
111	SC Oculistica	Aggiornamenti di semeiotica strumentale nelle patologie pediatriche con interessamento del polo posteriore dell'occhio.	Pensiero Stefano	18	La semeiotica strumentale oculistica sta vivendo un periodo di incredibile sviluppo tecnologico che da un lato permette una più precoce e precisa diagnosi delle patologie del polo posteriore dell'occhio, ma dall'altro pone problemi di capacità di utilizzazione delle nuove attrezzature e programmi, nonché di interpretazione dei risultati. Alcuni esami oggettivi, come l'OCT e l'angio-OCT, le numerose tecniche di retinografia, l'ecografia, gli esami elettrofisiologici, e soggettivi, come microperimetria e nuove tecniche di perimetria, devono essere conosciute e confrontate. Necessario anche conoscere l'utilizzazione di queste tecniche a scopo riabilitativo e i metodi di valutazione dei risultati.	RES ECM	Medico chirurgo,Ortottista/Assistente di oftalmologia, Oftalmologia, Audiologia e foniatria,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Privo di specializzazione	90	1	90	6	
112	SC Ortopedia e Traumatologia	Aggiornamenti casi clinici e gestione patologie complesse 6 EDIZIONE	Carbone Marco/Di Carlo Valentina	18	Condivisione e ottimizzazione della gestione dei pazienti, miglior offerta all'utenza del servizio dato dalla S. C. Ortopedia	FSC ECM	Ortopedia e traumatologia	7	1	7	40	
113	SC Ortopedia e Traumatologia	Screening ecografico della displasia congenita delle anche 4 EDIZIONE	Odoni Luca	18	Acquisizione di competenze sull'ecografia delle anche nei neonati	FSC ECM	Ortopedia e traumatologia	5	1	5	30	
114	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Pediatric emergency topics	Norbedo Stefania	10	Implementazione delle competenze di tematiche di urgenza pediatrica secondo le più aggiornate linee guida	RES ECM	Infermiere,infermiere pediatrico, Medico chirurgo,tutte le discipline	90	1	90	8	
115	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	The Paediatric and Neonatal Intensive Care Congress that will bring PICU NICU teams	Amadeo Alessandro	18	Il corso è organizzato da diverse Istituzioni riconosciute a livello Internazionale; viene proposto annualmente seguendo la stessa impostazione. La durata è di 2-3 giorni e prevede delle lezioni frontali e stazioni pratiche/tutorial per migliorare le abilità tecniche su procedure specifiche di emergenza/urgenza.	FSC ECM	Medico chirurgo,Anestesia e rianimazione,Pediatria	25	1	25	10	
116	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Integrazione tra Pediatri di Libera Scelta e Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Rabach Ingrid/Amadeo Alessansro	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	Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta)	30	1	30	9	
117	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Emergenze Pediatriche nei Paesi a risorse limitate	Norbedo Stefania	10	L'obiettivo del corso è cercare di fornire ai sanitari che si prestano a lavorare in paesi in via di sviluppo degli strumenti per meglio gestire le più frequenti condizioni di emergenza pediatrica che si potrebbero trovare ad affrontare, tenendo in considerazione il contesto in cui si lavora e la differenza di risorse e presidi con i quali si è abituati a intervenire alle nostre latitudini		Infermiere,infermiere pediatrico, Medico chirurgo,tutte le discipline	40	1	40	18	
118	SSD Gravidanza a rischio	Gestione delle emergenze ostetriche: retraining	Maso Gianpaolo	2	Sviluppare in modo esperienziale le conoscenze, le abilità tecniche e relazionali necessarie per raggiungere e mantenere adeguati standard sia di performance individuali e di team sia organizzativi nelle situazioni critiche del parto come in tutte le urgenze/emergenze	FSC ECM	Medico chirurgo,Ostetrica/o,Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia	25	1	25	6	
119	SSD Gravidanza a rischio	Infezioni peripartum: linee guida e revisione della casistica	Maso Gianpaolo	10	Le infezioni peripartum, pur rappresentando un argomento di estrema importanza nell'ambito della qualità dell'assistenza, sono una tematica poco trattata In tale contesto, rientrano anche la prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza	RES ECM	Assistente sanitario,Biologo/Biotecnologo,Infermiere,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Anestesia e rianimazione,Direzione medica di presidio ospedaliero,Farmacologia e tossicologia clinica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Malattie infettive,Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro,Microbiologia e virologia,Neonatologia,Organizzazione dei servizi sanitari di base	30	2	60	3	
120	SSD Gravidanza a rischio	Interpretazione e gestione della cardiocografia in travaglio	Maso Gianpaolo	2	L'obiettivo del corso è di fornire ai partecipanti i presupposti di fisiopatologia per una corretta interpretazione e gestione del benessere fetale mediante cardiocografia durante il travaglio di parto. Durante il corso verranno discusse le linee guida attualmente disponibili	RES ECM	Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia	30	4	120	4	
121	SSD Gravidanza a rischio	CTG and perinatal meeting	Maso Gianpaolo	2	La revisione dell'operato e la discussione di casi clinici in travaglio in termini di esiti avversi o near miss materno e feto-neonatali è di fondamentale importanza nel processo di analisi della qualità della cure	FSC ECM	Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia	30	1	30	6	

122	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Seminari in ostetricia e ginecologia	Ricci Giuseppe	18	L'aggiornamento e il confronto nell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare è necessario per garantire la qualità e la sicurezza dei percorsi ostetrico-ginecologici, contestualizzandoli alle nuove linee guida o raccomandazioni delle società scientifiche.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	75	1	75	10	
123	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Thin Tank: Hysteroscopy Focus infertilità	De Santo Davide	18	La letteratura evidenzia che l'isteroscopia operativa vaginale in DH garantisce lo stesso confort antalgico dell'isteroscopia in sedazione. Per offrire standard di qualità è necessario l'aggiornamento continuo a beneficio delle pazienti e delle strutture sanitarie	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	70	2	140	11	
124	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Aggiornamenti sulle condizioni cliniche e procedure di pertinenza ostetrica, perinatale e ginecologica	Maso Gianpaolo/Ricci Giuseppe	1	La casistica ostetrico-ginecologica che viene ricoverata presso l'area ostetrico-ginecologica dell'IRCCS Burlo Garofolo, è solitamente complessa. La revisione e l'aggiornamento continuo dei protocolli per l'assistenza dei casi a rischio rappresentano una modalità di lavoro consolidatosi nel corso degli anni al fine di adeguare la pratica clinica alle indicazioni della letteratura internazionale.	FSC ECM	Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia,Privo di specializzazione	45	1	45	40	
125	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Energy in gynecological laparoscopic surgery	Romano Federico	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	tutte le professioni/tutte le discipline	55	2	110	8	
126	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Trieste Academy of Gynecological Surgery - Hysteroscopy	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 riconosciuto 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.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	10	1	10	12	
127	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Trieste Academy of Gynecological Surgery - Laparoscopy	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 riconosciuto 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.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	10	1	10	12	
128	SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	Incontri multidisciplinari perinatali	Stampalija Tamara/Lo Bello Leila/Quadrifogli o Mariachiara	18	Lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni ha permesso di ampliare la capacità diagnostica in ambito prenatale. L'approccio multidisciplinare, attraverso l'integrazione di diverse competenze professionali, permette, specialmente in presenza di condizioni rare, di migliorare l'assistenza nel periodo perinatale e di formulare una adeguata programmazione del percorso terapeutico postnatale.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	30	1	30	6	

n. progressivo	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Obiettivo formativo	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva a edizione
1	Direzione sanitaria	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	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatria,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	12	10	120	8
2	Direzione sanitaria	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	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	12	13	156	5,3
3	Direzione sanitaria	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	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatria,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	12	4	48	12
4	Direzione sanitaria	Disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel paziente pediatrico	Norbedo Stefania	10	L'inalazione di un corpo estraneo in età prescolare e scolare avviene molto frequentemente, ed è un evento potenzialmente letale poiché può esserci una chiusura completa delle vie aeree. L'obiettivo del corso è spiegare le cause più comuni di soffocamento per inalazione da corpo estraneo e permettere ai partecipanti di conoscere le manovre di disostruzione delle vie aeree, in caso di ostruzione parziale o ostruzione completa.	RES no ECM	senza obbligo di crediti	12	30	360	2
5	Direzione sanitaria	Pediatric Advanced Life Support (PALS) - Retraining	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) - mantenimento delle competenze	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatria,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	12	2	24	8

6	Direzione sanitaria	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI-IRC	Pagnutti Catia	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario dell'IRCCS Burlo Garofolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Tutte le professioni sanitarie	12	10	120	4
7	Direzione sanitaria	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI-retraining 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 Garofolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatria,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	12	10	120	8
8	Direzione sanitaria	Corso Istruttori BLS-D-SIMEUP	Norbedo Stefania/Savron Fabio		La società Italiana di Emergenza ed Urgenza Pediatrica SIMEUP ha predisposto un percorso formativo specifico ed indispensabile per accedere all'attività di formatore accreditato dalla società stessa. Il corso è progettato per fornire e facilitare l'acquisizione di conoscenze e competenze di base ai candidati formatori per i corsi sull'emergenza urgenza ed in particolare sul PBLs. Il corso è rivolto ai professionisti sanitari con comprovata esperienza nel campo della rianimazione cardiopolmonare e nella gestione delle urgenze che sono in possesso del titolo di BLS-D-PBLs Esecutore in corso di validità (due anni).	RES ECM	Infermiere,infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Anestesia e rianimazione,Pediatria	12	1	12	24
8	Direzione sanitaria	Affiancamento nuovi Istruttori BLS-D-SIMEUP	Norbedo Stefania/Savron Fabio		La società Italiana di Emergenza ed Urgenza Pediatrica SIMEUP ha predisposto un percorso formativo specifico ed indispensabile per accedere all'attività di formatore accreditato dalla società stessa. Il corso è progettato per fornire e facilitare l'acquisizione di conoscenze e competenze di base ai candidati formatori per i corsi sull'emergenza urgenza ed in particolare sul PBLs. Il corso è rivolto ai professionisti sanitari con comprovata esperienza nel campo della rianimazione cardiopolmonare e nella gestione delle urgenze che sono in possesso del titolo di BLS-D-PBLs Esecutore in corso di validità (due anni).	FSC ECM	Infermiere,infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Anestesia e rianimazione,Pediatria	12	1	12	20

n. progressivo	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Obiettivo formativo	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione	NOTE (trimestre di erogazione)
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50	1			
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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 che lavorano in un ambiente di lavoro soggetto a rischio alto	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - Funzioni e Responsabilità dei PREPOSTI (Accordo Stato-Regioni 21/12/2011)	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La formazione dei dirigenti per la sicurezza secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La radioprotezione del paziente	Carosi Claudia	27	Rispetto alla precedente legislazione italiana riguardante la radioprotezione del paziente, il recente decreto legislativo 101/2020 introduce una serie di novità in tema di giustificazione e ottimizzazione degli esami radiologici, di livelli diagnostici di riferimento, di responsabilità, di comunicazione della dose al paziente e di obblighi formativi per il medico specialista, il medico che svolge attività radiologica complementare, il TSRM e l'infermiere.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Movimentazione manuale dei carichi - 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.	FSC ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione specifica per lavoratori - Rischio biologico	Carosi Claudia	27	L'attività formativa si prefigge lo scopo di far acquisire ai lavoratori la capacità di riconoscere i rischi biologici durante lo svolgimento delle proprie funzioni, di segnalarli e di adottare tutte le misure idonee a prevenirli e ad azzerare l'esposizione.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50				
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Teorie e tecniche di gestione dello stress	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25	2	50		

	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	51-100					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Prevenzione incendi e gestione delle emergenze	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di formazione per addetti antincendio in attività di livello 3	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di formazione per addetti antincendio in attività di livello 3-AGGIORNAMENTO	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	26-50					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Refresh 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	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	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	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Pillole di relax	Mottica Michela/ Carosi Claudia	27	Il corso è finalizzato a potenziare le strategie di fronteggiamento dello stress degli operatori sanitari spesso esposti significativamente a sollecitazioni emotive derivanti dal contesto e contenuto del lavoro. Grazie alla disponibilità di un setting di condivisione e alla fruizione diretta di semplici tecniche di rilassamento, l'operatore avrà l'occasione di riconoscere il proprio livello di tensione emotiva, di regolare e gestire lo stress e ristabilire l'equilibrio psicofisico	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	10	10	100			
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La gestione dei comportamenti aggressivi nei luoghi di lavoro	Mottica Michela/ Carosi Claudia	27	Nel corso dell'attività lavorativa, gli operatori sanitari possono trovarsi nella condizione di subire atti di aggressione e di violenza. Il corso si propone di diffondere alcune modalità di tipo comportamentale e relazionale utili alla prevenzione e alla gestione dei comportamenti aggressivi in ambito lavorativo	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	<25	2	50			
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	L'utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza	Carosi Claudia	27	Definire ed uniformare i comportamenti degli operatori garantisce la manipolazione in sicurezza dell' azoto liquido al fine di ridurre al minimo i rischi principali e collaterali derivanti dall'utilizzo.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						

	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Sicurezza rischio specifico laser e radiazioni ottiche	Carosi Claudia	27		RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Rischi e sicurezza in Risonanza Magnetica e il Regolamento di Sicurezza	Carosi Claudia	27	Al fine di garantire l'aggiornamento sulla normativa vigente in tema di sicurezza in Risonanza Magnetica (Decreto Ministeriale 14 gennaio 2021 "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica e individuazione di altre tipologie di apparecchiature a risonanza magnetica settoriali non soggette ad autorizzazione.") e sulle norme di buona tecnica e raccomandazioni applicabili, nonché sulla gestione delle situazioni di emergenza secondo quanto riportato nel Regolamento di Sicurezza, è necessario organizzare degli incontri formativi ad hoc per tutto il personale che accede al sito di RM.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					

	Codice accreditamento	TITOLO	FINALITÀ	T	DESTINATARI	NOTE	RIFERIMENTO A LINEE DI GESTIONE SSR	RSC
1		Congresso sulle Cure Palliative Pre e Perinatali in FVG	La cultura sulle cure palliative perinatali è uno dei percorsi di arricchimento professionale più richiesto e necessario per le équipes delle Terapie Intensive Neonatali e non solo.	RES	tutte le professioni/tutte le discipline	Collaborazione con Regione, Fondazione Maruzza, Associazione Scricciolo, SIMP, Fondazione Burlo		Travan Laura, Maso Gianpaolo, De Zen Lucia
2		Le cure che nutrono (Nurturing Care). Formazione di formatori in Friuli Venezia Giulia	L'obiettivo generale di questo progetto è quello di promuovere la salute nei primi 1000 giorni secondo l'approccio della Nurturing Care, attraverso la formazione del personale che entra in contatto con le famiglie, nei servizi territoriali e ospedalieri.	RES	tutte le professioni/tutte le discipline			Ronfani Luca
3		Il Triage pediatrico	Garantire le competenze necessarie all'utilizzo del nuovo Triage pediatrico	RES	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici del pronto soccorso generali e pediatrici			Schreiber Silvana
4		Il Triage pediatrico - L'utilizzo dei protocolli	Garantire le competenze necessarie all'utilizzo del nuovo Triage pediatrico	FSC	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici del pronto soccorso generali e pediatrici			Schreiber Silvana
5		Formare i formatori per il triage pediatrico	Formare nuovi tutor per il triage pediatrico	FSC	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici del pronto soccorso generali e pediatrici			Schreiber Silvana
6		Corso base di rianimazione neonatale per esecutori (Società Italiana di Neonatologia)	Consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre termine	RES	Tutto il personale che lavora nelle sale parto dei Punti Nascita della Regione			Bua Jenny
7		Retraining di rianimazione neonatale con istruttori SIN	Aggiornare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre termine che hanno partecipato al corso base di rianimazione neonatale	RES	Tutto il personale che lavora nelle sale parto dei Punti Nascita della Regione			Bua Jenny
8		Protezione dell'allattamento	Il Piano Regionale della Prevenzione del FVG (programma XV) prevede come prioritaria la formazione degli operatori dedicati, coloro che operano con mamme e bambini nei diversi contesti assistenziali, secondo UNICEF, al fine di aiutare le neo mamme ad affrontare con serenità un momento così importante della loro vita quale crescere e nutrire al meglio il loro bambino.	RES	Tutte le professioni			Travan Laura
9		Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche – Modulo 1	Consolidare le competenze tecniche e il loro utilizzo in tutti gli scenari possibili dell'emergenza, consentendo di sviluppare in modo esperienziale le conoscenze, le abilità tecniche e relazionali necessarie per raggiungere e mantenere adeguati standard sia di performance individuali e di team sia organizzativi nelle situazioni critiche del parto come in tutte le urgenze/emergenze	RES	Ginecologia e Ostetricia, Ostetrica/o			Gianpaolo Maso, Lorenza Driul

10		Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche – Modulo Interdisciplinare	Sviluppare in modo esperienziale le conoscenze, le abilità tecniche e relazionali necessarie per raggiungere e mantenere adeguati standard sia di performance individuali e di team sia organizzativi nelle situazioni critiche del parto come in tutte le urgenze/emergenze	RES	Ginecologia e Ostetricia, Anestesia e Rianimazione, Ostetrica/o			Gianpaolo Maso, Lorenza Driul
11		Nurturing care (le cure che nutrono): la promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita	I più recenti risultati della ricerca nei campi delle neuroscienze, della psicologia dello sviluppo e dell'economia dimostrano quanto e come gli interventi coordinati in salute, educazione precoce e protezione sociale, producano ricadute positive lungo tutto l'arco della vita dei bambini e delle bambine. Tali evidenze hanno cambiato anche il modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (Early Child Development, ECD), e sottolineano i danni provocati dalla difficoltà di valorizzare appieno il grande potenziale di sviluppo nelle prime epoche della vita. Il progetto formativo si prefigge lo scopo di promuovere il Nurturing Care for Early Child Development (NCF), un modello per l'azione basato su prove d'efficacia per proteggere, promuovere e sostenere il migliore sviluppo possibile per tutte le bambine e i bambini nei primi 1000 giorni.	RES	Tutte le professioni			Milincio Mariarosa
12		Formazione di un'equipe multidisciplinare nella terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) per pazienti con disturbi dell'alimentazione	La CBT-E (Terapia Cognitivo Comportamentale migliorata) è il trattamento psicologico evidence-based raccomandato dalle linee guida NICE del 2017 per tutti i disturbi dell'alimentazione e per tutte le età.	RES	Tutte le professioni			Carrozzi Marco
13		Modulo di base teorico generale in materia di infezioni ospedaliere. (Modulo A)	L'evento formativo si propone di approfondire i seguenti temi: - Epidemiologia delle infezioni ospedaliere, a livello globale, nazionale e locale sia nelle strutture per acuti che nelle strutture per lungodegenti; - Il problema delle resistenze agli antimicrobici, il PNCAR e le diverse strategie per il contrasto all'antimicrobico-resistenza (es. antimicrobial stewardship, diagnostic stewardship); - Complessità del contrasto alle infezioni ospedaliere nelle strutture assistenziali: attori coinvolti e ruoli, il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) e i modelli di organizzazione aziendale. Individuazione e gestione degli outbreak; - Antisepsi e disinfezione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici, sterilizzazione, sanificazione ambientale, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettanti; - Sorveglianza epidemiologica come metodologia E180a alla base della prevenzione, sistemi di sorveglianza, gestione statistica dei processi correlati alle infezioni (es. carte di controllo), analisi e strumenti di feedback e di interpretazione dei dati. Individuazione precoce degli outbreak. Screening	FAD	Tutte le professioni			
		CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE (MODULO B-C). AREA MEDICA - CHIRURGICA- SERVIZI	L'evento formativo si propone l'acquisizione di abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel modulo teorico A. Verranno approfonditi i seguenti argomenti: Antisepsi e disinfezione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici, sterilizzazione, sanificazione ambientale, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettanti; Precauzioni standard e utilizzo dei DPI; Lavaggio e igiene delle mani; Care bundle; Strumenti e procedure per la sorveglianza delle ICA; Programma locale di contrasto alle ICA; principali categorie di ICA in ambito medico e su Antimicrobial Stewardship	RES	Tutte le professioni			

14		La stabilizzazione del neonato STEN in Friuli Venezia Giulia	Il trasporto in emergenza neonatale (Sten) prevede la gestione del neonato prima del trasporto (sicurezza, comfort, parametri) al centro Hub e viene pianificato in base all'organizzazione della rete ospedaliera regionale privilegiando i centri di assistenza perinatale in base al modello "Hub e Spoke". Tale modello prevede che l'assistenza di maggiore complessità si concentri nei centri di eccellenza hub operando in collegamento bidirezionale con i presidi ospedalieri spoke e che sia approntato un adeguato sistema di trasporto del neonato e/o della madre in caso di situazioni di rischio o di emergenza. L'evento formativo si propone di: uniformare le modalità e i percorsi inerenti il trasporto in emergenza sia per aspetti clinico assistenziali, sia logistico organizzativi; approfondire le criticità cliniche e organizzative durante il trasporto materno infantile	RES	Medico chirurgo in ginecologia, Anestesia e rianimazione, Ginecologia e ostetricia, Neonatologia, Pediatria, privo di specializzazione, Infermieri, Infermieri pediatrico, Ostetrica, OSS			Trappan Antonella, Bua Jenny
15		La rete regionale di cure palliative pediatriche: continuità ed uniformità nella gestione dei device nei diversi setting assistenziali	Omogeneità nella presa in carico di bambino e famiglia seguiti dalla rete regionale di cure palliative pediatriche	FSC	tutte le professioni/tutte le discipline			Taucar Valentina
16		La pianificazione condivisa delle cure in Pediatria	Il corso ha l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari le competenze necessarie per sviluppare e implementare piani di cura personalizzati in collaborazione con i pazienti e le loro famiglie. La pianificazione condivisa delle cure è un approccio centrato sulla persona, che promuove il coinvolgimento attivo di genitori e caregiver nelle decisioni riguardanti la salute del bambino, garantendo una visione olistica delle sue esigenze fisiche, emotive e sociali.	RES	tutte le professioni/tutte le discipline			De Zen Lucia
17		La valutazione audiologica dopo lo screening uditivo	La valutazione audiologica va eseguita entro i tre mesi di vita se il bambino proviene dallo screening uditivo neonatale oppure entro un mese dalla richiesta, se proviene dall'attività di sorveglianza/vigilanza del PLS. I servizi locali di Audiologia Pediatrica sono identificati a Trieste, Udine e Pordenone nell'ambito delle strutture complesse di Otorinolaringoiatria. Queste strutture aderiscono al programma regionale condividendo standard strumentali e procedure operative.	RES	Logopedista, Tecnico audiometrista, Tecnico audioprotesista, Audiologia e foniatria, Otorinolaringoiatria, Pediatria			Orzan Eva



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2025 - 2027

Allegato 7

Piano triennale dei fabbisogni del personale

T.20A1 - PTFP 2026				PROPOSTA PTFP 2026								Stima costi a regime proposta PTFP 2026	
				TESTE				TESTE FTE					
CONTRATTO	RUOLO	AREA	PROFILO	TI	TD	UNIV.	TOT.	TI	TD	UNIV.	TOT		
COMPARTO	SANTARIO	Operatori	Infermiere generico									-	
			Puericultrice									-	
		Assistenti	Infermiere Generico Senior									-	
			Infermiere Psichiatrico Senior									-	
		Prof.salute e funzionari	Puericultrice Senior										-
			Assist.Sanitario	2			2	2,00			2,00		70.345,40
			Dietista	2			2	1,00			1,00		35.172,70
			Educatore Professionale										-
			Fisioterapista	8			8	7,83			7,83		275.402,23
			Igienista Dentale	1			1	1,00			1,00		35.172,70
			Infermiere	188	5		193	184,78	5,00		189,78		6.773.715,98
			Infermiere pediatrico	62			62	60,69			60,69		2.166.175,69
			Logopedista	4			4	4,00			4,00		140.690,79
			Massaggiatore Non Vedente										-
			Odontotecnico										-
			Ortottista	3			3	3,00			3,00		105.518,09
			Ostetrica	66	6		72	63,17	6,00		69,17		2.432.895,53
			Ottico										-
			Podologo										-
			Tecn.Audiometrista	4			4	4,00			4,00		140.690,79
			Tecn.Audioprotesita	1			1	1,00			1,00		35.172,70
			Tecn.Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusion. Cardiov.										-
			Tecn.Neurofisiopatologia	5			5	4,53			4,53		159.254,16
			Tecn.Ortopedico										-
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	4			4	4,00			4,00		140.690,79
			Tecn.Riabilitazione psichiatrica										-
			Tecn.San.Laboratorio Biomedico	21	1		22	20,00	1,00		21,00		738.626,66
			Tecn.San.Radiologia Medica	10	1		11	9,00	1,00		10,00		351.726,98
			Terap.Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva										-
			Terapista occupazionale										-
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro senior										-
			Tecn.Audiometrista senior										-
			Tecn.San.Laboratorio Biomedico senior										-
			Tecn.San.Radiologia Medica senior										-
			Assist.Sanitario senior										-
			Tecn.Neurofisiopatologia senior										-
		Ostetrica senior	1			1	1,00			1,00		35.172,70	
		Fisioterapista senior										-	
		Infermiere Senior	1			1	1,00			1,00		35.172,70	
		Elevata qualificazione	Assist.Sanitario E.Q.										-
			Dietista E.Q.										-
			Educatore Professionale E.Q.										-
			Fisioterapista E.Q.										-
			Igienista Dentale E.Q.										-
			Infermiere E.Q.										-
			Infermiere pediatrico E.Q.										-
	Logopedista E.Q.											-	
	Massaggiatore Non Vedente E.Q.											-	
	Odontotecnico E.Q.											-	
	Ortottista E.Q.											-	
	Ostetrica E.Q.											-	
	Ottico E.Q.											-	
	Podologo E.Q.											-	
	Tecn.Audiometrista E.Q.											-	
	Tecn.Audioprotesita E.Q.											-	
	Tecn.Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusion. Cardiov. E.Q.											-	
	Tecn.Neurofisiopatologia E.Q.											-	
	Tecn.Ortopedico E.Q.											-	
	Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro E.Q.											-	
	Tecn.Riabilitazione psichiatrica E.Q.											-	
	Tecn.San.Laboratorio Biomedico E.Q.											-	
	Tecn.San.Radiologia Medica E.Q.											-	
	Terap.Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva E.Q.											-	
	Terapista occupazionale E.Q.											-	
RUOLO SANITARIO Totale				383	13		396	372,00	13,00		385,00	13.671.596,59	
SOCIO SANIT.	Operatori	Operatore Socio Sanitario		95			95	93,39			93,39	2.834.525,54	
		Assistente sociale		1			1	1,00			1,00	35.172,70	
		Assistente sociale Senior										-	
		E.Q. Assistente sociale E.Q.										-	
RUOLO SOCIO SANITARIO Totale				96			96	94,39			94,39	2.869.698,24	
AMM.VO	Pers. Supporto	Commessso										-	
		Coadiutore Amministrativo		17			17	16,39			16,39	462.053,21	
		Operatori		1			1	1,00			1,00	29.770,07	
		Assistenti		49	1		50	46,67	1,00		47,67	1.513.183,63	
AMM.VO	Prof. sal. funz.	Collaboratore Amministrativo professionale		25	1		26	24,00	1,00		25,00	862.464,81	
		Collaboratore Amministrativo professionale Senior		1			1	0,83			0,83	28.748,83	
		E.Q. Collaboratore Amministrativo professionale E.Q.										-	
												-	
RUOLO AMMINISTRATIVO Totale				93	2		95	88,89	2,00		90,89	2.896.220,53	
TECNICO	Pers. Supporto	Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali		6			6	6,00			6,00	169.146,99	
		Aus.Spec.Serv.Tec.Economali		2			2	2,00			2,00	56.382,33	
		Operatore Tecnico		11			11	10,83			10,83	305.310,33	
		Operatore Tecnico Addetto assistenza										-	
	Operatori	Operatore Tecnico Specializzato										-	
		Assistente di Studio Odontoiatrico		4			4	4,00			4,00	119.080,26	
		Assistente Informatico		3			3	3,00			3,00	95.228,67	
		Assistente Tecnico		2			2	1,50			1,50	47.614,34	
	TECNICO	Operatori	Operatore Tecnico Specializzato Senior									-	
			Collaboratore Tecnico Professionale		5			5	5,00			5,00	172.492,96
			Collaboratore Tecnico Professionale Senior		1			1	1,00			1,00	34.498,59
			E.Q. Collaboratore Tecnico professionale E.Q.										-
RUOLO TECNICO Totale				34			34	33,33			33,33	999.754,48	
PROF.LE	Assistenti	Assistente dell'informazione										-	
		Specialista della comunicazione istituzionale										-	
		Specialista nei rapporti con i media - giornalista pubblico										-	
		Assistente Religioso										-	
PROF.LE	Prof. sal. funz.	Specialista della comunicazione istituzionale E.Q.										-	
		Specialista nei rapporti con i media - giornalista pubbl. E.Q.										-	
												-	
												-	
RUOLO PROFESSIONALE Totale												-	
TOTALE CONTRATTO COMPARTO				606	15		621	588,61	15,00		603,61	20.437.269,85	
DIRIGENZA PTA	AMM.VO	Dirigente Amministrativo		9	1		10	6,00	1,00		7,00	449.828,37	
		RUOLO AMMINISTRATIVO Totale		9	1		10	6,00	1,00		7,00	449.828,37	
	SOCIO SANITARIO	Sociologo		1			1	1,00			1,00	64.261,20	
		RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			1		1	1,00			1,00	64.261,20	
	TECNICO	Analista										-	
		Statistico		3			3	1,75			1,75	112.457,09	
	RUOLO TECNICO Totale			3			3	1,75			1,75	112.457,09	
	PROFESSIONALE	Architetto										-	
		Avvocato E Procuratore Legale										-	
	RUOLO PROFESSIONALE Totale			2			2	2,00			2,00	128.522,39	
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA PTA				14	2		16	9,75	2,00		11,75	755.069,05	
DIR. AREA SANITA'	SANTARIO	Medico		139	15	10	164	132,08	13,89	5,00	150,97	11.777.431,16	
		Odontoiatria		4	1	1	6	4,00	1,00	0,50	5,50	395.531,42	
		Veterinario										-	
		Biologo		9	1	3	13	8,80	1,00	1,50	11,30	822.525,72	
		Chimico		1			1	1,00			1,00	87.627,89	
		Dirigente delle Professioni Sanitarie		4			4	4,00			4,00	257.044,78	
		Farmacista		5	1		6	5,00		0,50	5,50	424.586,68	
		Fisico										-	
		Psicologo		5			5	5,00			5,00	376.963,59	
		RUOLO SANITARIO Totale		167	17	15	199	159,88	15,89	7,50	183,27	14.141.711,24	
		RUOLO SOCIO SANITARIO Totale											-
		RUOLO SOCIO SANITARIO Totale											-
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA AREA SANITA'				167	17	15	199	159,88	15,89	7,50	183,27	14.141.711,24	
RICERCA SANITARIA	D	Collaboratore prof.le - ricerca sanitaria		12	11		23	12,00	10,50		22,50	931.860,45	
		Ds Ricercatore sanitario		23	28		51	23,00	28,00		51,00	2.293.664,83	
RICERCA Totale				35	39		74	35,00	38,50		73,50	3.225.525,28	
TOTALE CONTRATTO RICERCA SANITARIA				35	39		74	35,00	38,50		73,50	3.225.525,28	
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE				822	73	15	910	793,24	71,39	7,50	872,13	38.559.575,41	
Fondi contrattuali	Comparto	Fondo art. 102 CCNL 02/11/2022										2.290.566,18	
		Fondo art. 103 CCNL 02/11/2022										2.017.786,65	
	Dirigenza PTA	oneri c/ente										1.580.303,82	
		Fondo art. 90 CCNL 17/12/2020 e art. 52 CCNL 16/7/2024										319.375,70	
	Dirigenza area sanità	Fondo art. 91 CCNL 17/12/2020 e Art. 52 CCNL 16/7/2025										61.381,96	
		oneri c/ente										139.661,91	
Fondo art. 72 CCNL 23/01/2024											3.462.695,87		
TOTALE FONDI CONTRATTUALI												12.768.655,24	
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE				822	73	15	910	793,24	71,39	7,50	872,13	51.328.230,65	

Pagina 164 di 175

T.20A - RELAZIONE SU proposta PTFP 2025

Piano Triennale dei fabbisogni del personale (rif. Punto 3.3 Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche allegato D.M. 30/06/2022, n. 132)	
---	--

		Descrizione sintetica
a	Rappresentazione della consistenza del personale al 31 dicembre dell'anno precedente	Vedi Tab. 20A
b	Programmazione strategica delle risorse umane tenendo conto	Vedi relazione allegata
	1) della capacità assunzionale in riferimento al tetto di spesa assegnato;	Vedi relazione allegata
	2) della stima del trend delle cessazioni note e presunte;	Vedi relazione allegata
	3) delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale;	Vedi relazione allegata
	4) dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all'interno della medesima area tra profili diversi	Vedi relazione allegata
	5) della possibilità di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge	Vedi relazione allegata
c	Strategia e modalità di copertura del fabbisogno	Vedi relazione allegata

T.20B - Vincoli assunzionali personale amministrativo

Parametro consistenza numerica		
tot. personale ruolo amm.vo al 31.12.2025 tot. personale ruolo amm.vo al 31.12.2024		102,00
		89,00
		13,00
		attenzione!

Qualora non sia rispettato il parametro dettagliare gli incrementi

Profilo	n.r. teste	Motivazioni	Obiettivi	Impatto economico
Coadiutore amministrativo	4	Assunzioni l. 68	Rispetto obblighi assuntivi	112.764,66
Collaboratore amministrativo	2	Assunzioni l. 68	Rispetto obblighi assuntivi	68.997,18
Collaboratore amministrativo	3	Acquisizione e formazione del personale in vista della scadenza della convenzione GEVAP (funzioni giuridiche, stipendiali, contributive e previdenziali) prevista in data 31/12/2025	Reinternalizzazione di funzioni	103.495,78
Assistente amministrativo	2	Acquisizione e formazione del personale in vista della scadenza della convenzione GEVAP (funzioni giuridiche, stipendiali, contributive e previdenziali) prevista in data 31/12/2025	Reinternalizzazione di funzioni	63.485,78
Assistente amministrativo	1	Prevista dal D.P. Reg. 050/2024 (che ratifica la DGR 522/2024) quale requisito di accreditamento del programma trapianti CSE metropolitano giuliano-isontino (requisito n. PT.O.45)	Accreditamento del programma trapianti CSE metropolitano giuliano-isontino	31.742,89
Dirigente amministrativo	1	Incremento di dotazione finalizzato a gestire attività amministrativa sempre più specialistica, soggetta a costante e serrata evoluzione normativa nazionale e comunitaria che richiede adempimenti giuridico amministrativi ed	Gestione attività amministrativa specialistica	64.261,20

T.20C - MODIFICHE ORGANIZZATIVE

a) Ricadute trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende intervenuti nel corso del 2024

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	minori costi 2025				Azienda cointeressata
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto							-	
									-	
		dirigenza PTA							-	
									-	
									-	
		dirigenza sanitaria							-	
						-	-	-	-	

b) Ricadute esternalizzazione servizi intervenute nel corso del 2024

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	minori costi 2025			
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale
		comparto							-
									-
		dirigenza PTA							-
									-
									-
		dirigenza sanitaria							-
						-	-	-	-

c) Ricadute reinternalizzazione servizi intervenute nel corso del 2024

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	maggiori costi 2025			
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale
		comparto							-
									-
		dirigenza PTA							-
									-
									-
		dirigenza sanitaria							-
						-	-	-	-

d) Ricadute trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende previsti nel corso del 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	minori costi 2025				Azienda cointeressata
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
Acquisizione e formazione del personale in vista della scadenza della convenzione GEVAP (funzioni giuridiche, stipendiali, contributive e previdenziali) prevista in data 31/12/2025	01/04/2025	comparto	collaboratore amministrativo			56.790,92			56.790,92	ASUGI dal 01/01/2026
			assistente amministrativo			69.672,72			69.672,72	
			dirigenza PTA						-	
									-	
			dirigenza sanitaria						-	
						126.463,64	-	-	126.463,64	

e) Ricadute esternalizzazione servizi previste nel corso del 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	minori costi 2025			
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale
		comparto							-
									-
		dirigenza PTA							-
									-
									-
		dirigenza sanitaria							-
						-	-	-	-

f) Ricadute reinternalizzazione servizi previste nel corso del 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	maggiori costi 2025			
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale
		comparto							-
									-
		dirigenza PTA							-
									-
									-
		dirigenza sanitaria							-
						-	-	-	-

T.20D - PERSONALE CON REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE

D.LGS. 75/2017 art. 20 cc 1 e 2

nr unità	Tipologia rapporto	profilo	ruolo	data maturazione requisiti	stabilizzato (si/no)	costo annuo a regime	costo 2025
0						-	-

L. 234/2021 art. 1 c. 268 lett. B - DL 198/2022 art.4 c. 9 - quinquiesdecies

nr unità	Tipologia rapporto <i>solo contratto tempo determinato subordinato</i>	In servizio (si/no)	Modalità di reclutamento <i>1. concorso pubblico 2. selezione per titoli 3. selezione per colloquio 4. selezione per titoli e colloquio</i>	profilo	ruolo	data maturazione requisiti	stabilizzato (si/no)	costo annuo a regime	costo 2025
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - chirurgia pediatrica		16/04/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - anestesia e rianimazione		01/06/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente farmacista		15/11/2022	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente odontoiatra		28/12/2022	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - pediatria		01/07/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - ginecologia ed ostetricia		26/09/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - oftalmologia		15/12/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	tecnico sanitario di laboratorio biomedico		03/06/2023	si	35.172,70	35.172,70
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - pediatria		02/07/2023	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	dirigente medico - pediatria		06/08/2024	si	64.261,20	64.261,20
1	contratto a tempo	si	4	infermiere		30/07/2024	si	35.692,46	35.692,46
1	contratto a tempo	si	4	assistente amministrativo		16/07/2024	si	31.742,89	31.742,89
1	contratto a tempo	si	4	assistente amministrativo		01/08/2024	si	31.742,89	31.742,89
1	contratto a tempo	si	4	assistente amministrativo		16/08/2024	si	31.742,89	31.742,89
1	contratto a tempo	si	4	assistente amministrativo		01/08/2024	si	31.742,89	31.742,89
1	contratto a tempo	si	4	assistente amministrativo		01/08/2024	no	31.742,89	31.742,89
1	contratto a tempo	si	4	collaboratore amministrativo		01/05/2024	no	34.498,59	34.498,59
17								842.428,97	842.428,97

T.20E - CONTRATTI FLESSIBILI

A REGIME CONTRATTI FLESSIBILI		ANNO 2025		ANNO 2026		ANNO 2027	
		TESTE	COSTO COMPLESSIVO	TESTE	COSTO COMPLESSIVO	TESTE	COSTO COMPLESSIVO
BA1400	co.co.co.						
	l.p.	12	157.366,50	12	157.366,50	12	157.366,50
	altro (specificare...)						
	Totale BA1400	12,00	157.366,50	12,00	157.366,50	12,00	157.366,50
BA1410	co.co.co.						
	l.p.						
	altro (specificare...)						
	Totale BA1410	-	-	-	-	-	-
BA1800	co.co.co.						
	l.p.						
	altro (specificare...)						
	Totale BA1800	-	-	-	-	-	-
	Totale al netto IRAP	12,00	157.366,50	12,00	157.366,50	12,00	157.366,50
YA0030	IRAP su voci precedenti						
	Totale costo rapporti flessibili		157.366,50		157.366,50		157.366,50

TEMPORIZZATI CONTRATTI FLESSIBILI		ANNO 2025	
		TESTE	COSTO COMPLESSIVO
BA1400	co.co.co.		
	l.p.		
	altro (specificare...)		
	Totale BA1400	-	-
BA1410	co.co.co.		
	l.p.	12	157.366,50
	altro (specificare...)		
	Totale BA1410	12,00	157.366,50
BA1800	co.co.co.		
	l.p.		
	altro (specificare...)		
	Totale BA1800	-	-
somministrazione:			
BA1430	- ruolo sanitario	1	40.430,61
BA1820	- ruolo socio sanitario		
	- ruolo tecnico	4	54.149,72
	- ruolo amministrativo	7	188.951,43
	- ruolo professionale		
	totale BA1820	11	243101,15
	Totale al netto IRAP		440.898,26
YA0030	IRAP su voci precedenti		14.460,12
	Totale rapporti flessibili	24,00	455.358,38

T.20F - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

DIRIGENZA SANITARIA		Proiezione al 31.12.2025							note
Prestazioni aggiuntive	Tariffa ordinaria			Tariffa maggiorata			totale		
	ore	valore /h (1)	tot.	ore	valore /h (2)	tot.	ore	costi	
Codice BA 1390 CE					1183,4101		118.341,01 €	1183,41	118341,01
di cui									
per recupero liste d'attesa			80,00 €		1183,41	100,00 €	118.341,01 €	1183	118.341,01 €
con fondi Balduzzi per recupero liste di attesa			80,00 €			100,00 €			
con fondi Balduzzi per altro			80,00 €			100,00 €			
per servizi emergenza/urgenza			80,00 €			100,00 €			
per mancata/ritardata manovra			80,00 €			100,00 €			
altro (specificare)			80,00 €			100,00 €			
IRAP su voci precedenti							10.058,99 €		10.058,99 €
Totale costo prestazioni aggiuntive dirigenza							128.400,00 €		128.400,00 €

- (1) Valore base ora ex art. 89, c. 3 CCNL 23.1.2024
- (2) Il valore base di cui al precedente punto può essere elevato, ex art. 89 precitato e L. 213/2023, fino a 100,00, indicare nella colonna il valore applicato per ciascuna tipologia. Per evidenza al momento è riportato il valore massimo.

COMPARTO		Proiezione al 31.12.2025							note
Prestazioni aggiuntive	Tariffa ordinaria			Tariffa maggiorata			totale		
	ore	valore /h (3)	tot.	ore	valore /h (4)	tot.	ore	costi	
Codice BA 1400 CE					891,8784		67.051,42 €	891,8784	67.051,42 €
di cui									
per recupero liste d'attesa					891,88	60,00 €	53.512,70 €	892	53.512,70 €
con fondi Balduzzi per recupero liste di attesa									
con fondi Balduzzi per altro									
per servizi emergenza/urgenza									
per mancata/ritardata manovra									
altro (specificare)									
Oneri riflessi su voci precedenti (25,3%)							13.538,71 €		13.538,71 €
IRAP su voci precedenti (8,5%) (codice YA0020)							4.548,58 €		4.548,58 €
Totale costo prestazioni aggiuntive comparto							71.600,00 €		71.600,00 €

- (3) circolare DCS prot. 9565/2009 valore base € 28,30/h - valore massimo € 37,30/h - Indicare il valore applicato in Azienda per ciascuna tipologia
- (4) Il valore base di cui al precedente punto può essere elevato ex L. 213/2023, fino a € 60,00, indicare nella colonna il valore applicato per ciascuna tipologia.

TAB. 20F1 - Prestazioni aggiuntive

DIRIGENZA - prestazioni aggiuntive art. 1 c. 218 L. 213/2023						
Nr.unità	Profilo	Disciplina	struttura di assegnazione	Tariffa oraria	stima 31/12/2025	
					ore	importo (esclusi oneri)
45	dirigente medico	anestesia e rianimazione, otorinolaringoiatria, audiologia, ginecologia e ostetricia, radiodiagnostica, pediatria	SC Anestesia e rianimazione, SC otorinolaringoiatria e audiologia, SCR fisiopatologia della riproduzione umana e PMA, SCR radiologia pediatrica, SCU Clinica ostetrico ginecologica, SCU Clinica pediatrica, SSD Gravidanza a rischio, SSD Medicina fetale e diagnostica prenatale	100	1183,410138	118.341,01
TOTALE					1183,410138	118.341,01
ONERI (8,5%)						10.058,99
TOTALE CON ONERI						128.400,00

DIRIGENZA - prestazioni aggiuntive "ALTRO" (specificare eventuali quote su risparmi manovra)						
Nr.unità	Profilo	Disciplina	struttura di assegnazione	Tariffa	stima 31/12/2025	
					ore	importo (esclusi oneri)
TOTALE					0	-
ONERI (8,5%)						-
TOTALE CON ONERI						-

COMPARTO - prestazioni aggiuntive art. 1 c. 219 L. 213/2023						
Nr.unità	Profilo	Disciplina	struttura di assegnazione	Tariffa oraria	stima 31/12/2025	
					ore	importo (esclusi oneri)
30	infermiere, infermiere pediatrico, tecnico audiometrista, tecnico di radiologia medica, ostetrica		Piattaforme: emergenza urgenza, degenza e ambulatoriale, tecnica e riabilitativa e tecnica dei servizi di supporto e ostetrica	60	891,8784255	53.512,71
TOTALE					891,8784255	53.512,71
ONERI (33,8%)						18.087,29
TOTALE CON ONERI						71.600,00

COMPARTO - prestazioni aggiuntive "ALTRO" (specificare eventuali quote su risparmi manovra)						
Nr.unità	Profilo	Disciplina	struttura di assegnazione	Tariffa oraria	stima 31/12/2025	
					ore	importo (esclusi oneri)
						-
						-
TOTALE					0	-
ONERI (33,8%)						-
TOTALE CON ONERI						-

TAB. 20F2 - Prestazioni aggiuntive f.do Balduzzi

DIRIGENZA - prestazioni aggiuntive "F.do Balduzzi" (D.L. 158/2012)											
Nr.unità	Profilo	Disciplina	struttura di assegnazione	Tariffa oraria	stima 31/12/2025		stima 31/12/2025		ATTIVITA' SVOLTA (TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI EROGATE E QUANTITA')		ESTREMI DELL'ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE/PROVVEDIMENTO DI UTILIZZO
					ore	importo (esclusi oneri)	ore	importo (esclusi oneri)	TIPOLOGIA (COD PREST. / DRG RICOVERO)	QTA'	
						-		-			
						-		-			
						-		-			
						-		-			
						-		-			
TOTALE					0	-	0	-			
ONERI (8,5%)						-		-			
TOTALE CON ONERI						-		-			

T.20G - RISPETTO VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE A REGIME 2025

			ANNO 2025	ANNO 2026	ANNO 2027
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	47.185.885,99	47.275.192,48	47.275.192,48
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministrat ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	157.366,50	157.366,50	157.366,50
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	-	-	-
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato			
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria			
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria			
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	918.078,46	918.078,46	918.078,46
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria			
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.129.037,53	3.134.959,71	3.134.959,71
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	163.680,89	163.680,89	163.680,89
TOTALE CONTI MONITORATI SENZA 1% M.S.			51.554.049,37	51.649.278,04	51.649.278,04
1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi)					
0,22% m.s. 2018 dir. PTA (comprensivo di oneri riflessi)					
TOTALE			51.554.049,37	51.649.278,04	51.649.278,04
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		1.135.152,61	1.230.381,28	1.230.381,28
	(-) 305 100 750 300 30 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		19.600,00	19.600,00	19.600,00
	(-) altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata				
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		29.292,00	29.292,00	29.292,00
	(-) IRAP su tirocinanti CEFORMED				
	(-) costi personale a TD per finalità DGR 21/2025				
	(-) costi personale per "Piano strategico regionale PANFLU" decreto 61494/GRFVG del 15/12/2023				
	(-) risorse art. 1 c. 293 L 234/2021 (P.S.)				
	(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		3.225.525,28	3.225.525,28	3.225.525,28
	(-) Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)				
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)				
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)				
	(-) incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023				
	(-) incremento IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023				
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		85.493,19	85.493,19	85.493,19
	(-) costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR 2052/2024 (Tabella 3 pag. 120/121)				
	(-) Attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...		95.000,00	95.000,00	95.000,00
	TOTALE DETRAZIONI		4.590.063,08	4.685.291,75	4.685.291,75
	TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI		46.963.986,29	46.963.986,29	46.963.986,29
	TETTO DI SPESA 2025		47.013.580,46	47.013.580,46	47.013.580,46

(qualora non inserito nella voce del CE BA2080)
(qualora non inserito nella voce del CE BA2080)

(*) indicare l'importo riportato nel foglio note

rispettato

T.20H - VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE - costi temporizzati

			Proiezione al 31.12.2025	
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	46.055.885,30	
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministraz ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	157.366,50	
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	-	
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	53.512,70	
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	40.430,61	
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	243.101,15	
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	918.078,46	
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria		
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.081.998,14	
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	163.680,89	
		TOTALE CONTI MONITORATI SENZA 1% M.S.	50.714.053,75	
		1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi)	(qualora non inserito nella voce CE BA2080)	
		0,22% m.s. 2018 dir. PTA (comprensivo di oneri riflessi)	(qualora non inserito nella voce CE BA2080)	
		TOTALE	50.714.053,75	
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		762.107,36	
	(-) 305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		19.600,00	
	(-) altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata			
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		29.292,00	
	(-) IRAP su tirocinanti CEFORMED			
	(-) costi personale a TD per finalità DGR 21/2025			
	(-) costi personale per "Piano strategico regionale PANFLU" decreto 61494/GRFVG del 15/12/2023			
	(-) costo complessivo per prestazioni aggiuntive acquisite dal comparto per abbattimento liste d'attesa		71.600,00	
	(-) costo IRAP su prestazioni aggiuntive acquisite dalla dirigenza sanitaria per abbattimento liste d'attesa		10.058,99	
	(-) risorse art. 1 c. 293 L 234/2021 (P.S.)			
	(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		3.084.723,50	
	(-) Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)		105.100,00	
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)			
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)			
	(-) incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023			
	(-) incremento IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023			
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		85.493,19	
	(-) costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR 2052/2024 (Tabella 3 pag. 120/121)			
	(-) Attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...		95.000,00	
			TOTALE DETRAZIONI	4.262.975,03
			TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI	46.451.078,72
			TETTO DI SPESA 2025	47.013.580,46

rispettato

(*) indicare l'importo riportato nel foglio note

TABELLA 20.M INCREMENTO FONDI CONTRATTUALI EX DGR 48/2024

area contrattuale	unità al 31/12/2023	unità 31/12/2023 ricalcolate (*)	unità al 31/12/2025	unità 31/12/2025 ricalcolate (*)	variazione	quota media pro- capite al netto oneri	Incremento teorico calcolato	Incremento applicato nel rispetto tetto di spesa a regime	Incremento applicato nel rispetto tetto di spesa temporizzato
Comparto	565,00	550,43	618,00	600,61	50,18	6.856,55	344.076,92		
Dirigenza PTA	16,00	11,75	16,00	11,75	-	27.801,55	-		
Dirigenza area sanità	186,00	176,34	199,00	183,27	6,93	24.256,28	168.096,02		
totale	767,00	738,52	833,00	795,63	57,11		512.172,94	-	-

* corrispondenti ai cedolini elaborati, 12 cedolini = 1 unità