

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PTPCT 2022-2024

PIANO E PROGRAMMA

Data redazione:	28/4/2022
Struttura emittente:	Direzione generale
Processowner:	dott.ssa Luisa Giove, Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza pro tempore
Gruppo di redazione:	dott.ssa Luisa Giove (RPCT), dott.ssa Martina Vardabasso (Dirigente amministrativo SSD Programmazione e Controllo) dott.ssa Elisabetta Danielli (Responsabile Qualità aziendale)
Gruppo di verifica dei contenuti:	dott.ssa Luisa Giove (RPCT), dott.ssa Martina Vardabasso (Dirigente amministrativo SSD Programmazione e Controllo) dott.ssa Elisabetta Danielli (Responsabile Qualità aziendale)
Gruppo di verifica formale:	dott.ssa Elisabetta Danielli (Responsabile qualità aziendale)
Pareri favorevoli:	dott.ssa Serena Sincovich, Direttore Amministrativo
Gruppo di approvazione:	dott. Stefano Dorbold, Direttore Generale
Soggetti da informare:	personale dell'IRCCS Burlo Garofolo, utenza, CIV, Collegio Sindacale, OIV
Modalità diffusione:	sito internet ed intranet aziendali
Parole chiave:	adempimenti, ANAC, CIVIT, corruzione, trasparenza, obblighi, pubblicazione, rischio
Norme e standard applicabili:	Requisiti norma ISO 9001/2015 DGR 1436/2011, D.lgs. 288/2003, DGR 1083/2012, DGR 3586/2004 L. 190/2012 e ss.mm., D.lgs. 33/2013 e ss.mm.
Obblighi di pubblicazione (Amministrazione Trasparente):	Pubblicazione del presente documento nel § "Disposizioni generali" e "Altri Contenuti" della sezione Amministrazione Trasparente del sito www.burlo.trieste.it
Process controller:	dott.ssa Luisa Giove, Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza pro tempore Organismo Indipendente di Valutazione ANAC

1 INDICE

1	INDICE	2
2	STORIA DEL DOCUMENTO	3
2.1	Matrice delle revisioni	3
3	PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT	4
3.1	Gestione dei documenti propri del processo	4
3.2	Processo di partecipazione dei portatori di interesse e tutela dei dati personali e particolari	4
3.3	Aggiornamento del ptpct	5
4	SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE	6
4.1	Finalità	6
4.2	Ambito di applicazione	7
5	COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	7
6	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	7
6.1	Misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza da coronavirus	7
6.2	Il contesto esterno	11
6.2.1	Il contesto esterno demografico	11
6.2.1.1	Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla popolazione residente	11
6.2.1.2	Denatalità	12
6.2.2	Il contesto esterno socio economico e la criminalità	13
6.3	Il contesto interno	14
6.3.1	L'IRCCS burlo garofolo nel SSR e i rapporti con ARCS	15
6.3.2	Natura, organizzazione e funzioni dell'IRCCS burlo garofolo	16
6.3.2.1	Assetto organizzativo, mission, vision	17
6.3.2.2	Risorse umane	18
6.3.2.3	Autorizzazione e accreditamento istituzionali della Regione Friuli Venezia Giulia e accreditamento all'eccellenza	19
6.3.2.4	Norme UNI EN ISO 9000 e altre norme UNI	19
6.3.2.5	Attività assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste	20
7	GOVERNANCE: RESPONSABILITA' E RELATIVE DESIGNAZIONI	26
7.1	Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e designazioni	26
7.2	Altri soggetti responsabili	29
7.3	Il responsabile dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti	31
8	SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PTPCT	31
9	GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	34
9.1	Mappatura di processi per la gestione del rischio corruzione - registro degli eventi rischiosi	35
9.2	Valutazione del rischio: MODALITA' di valutazione del rischio	36
9.3	Trattamento del rischio	38
9.4	Previsione delle aree generali e misure adottate	39
9.5	Previsione delle aree specifiche e misure adottate	42
9.6	Previsione delle misure generali	43
9.6.1	Il codice di comportamento aziendale	44
9.6.2	La rotazione degli incarichi	44
9.6.3	Obbligo di astensione/CONFLITTO DI INTERESSI	46
9.6.4	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	47
9.6.4.1	Formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	47
9.6.5	Disciplina degli incarichi e delle attività non consentite ai dipendenti (extraimpiego)	48
9.6.6	Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	49
9.6.7	Formazione	49
9.6.8	Attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di lavoro c.d. pantouflage	50
9.6.9	Patto di integrità	51
9.6.10	La Rotazione Straordinaria	51
9.7	Previsione delle misure specifiche	52
9.8	Verifica della corretta applicazione: delle misure e dell'idoneità delle stesse	53

9.8.1	Indicatori di misurazione.....	54
9.8.2	Riesame Periodico Della Funzionalità Complessiva Del Sistema Di Gestione Del Rischio.....	54
9.8.3	Verifica da parte di enti esterni	55
10	TRASPARENZA	56
10.1	Obblighi di pubblicazione.....	56
10.1.1	Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi..	56
10.1.2	I soggetti responsabili della produzione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati....	56
10.1.3	Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	57
10.2	Accesso civico semplice e generalizzato	57
11	ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E DEFINIZIONI.....	58
11.1	Abbreviazioni ed acronimi.....	58
11.2	Definizioni e glossario	58
12	DOCUMENTAZIONE CORRELATA E RIFERIMENTI	59
12.1	Allegati al piano.....	59
12.2	Riferimenti normativi	59

2 STORIA DEL DOCUMENTO

2.1 MATRICE DELLE REVISIONI

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE / TIPO MODIFICA
00	28/03/2013	Decreto n. 31/2013 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2013 – 2015. Prima emissione
01	30/01/2014	Decreto n. 10/2014 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza 2014 – 2016
02	30/01/2015	Decreto n. 10/2015 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza 2015 – 2017
03	29/01/2016	Decreto n. 8/2016 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e integrità 2016 -2018
04	25/01/2017	Decreto n. 6/2017 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2017 - 2019
05	26/01/2018	Decreto n. 7/2018 Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione con Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità 2018- 2020
06	31/01/2019	Decreto n. 14/2019 Adempimenti connessi alla L. n. 190 dd. 06.11.2012 ed al D. Lgs.n.33 dd 14.03.2013. Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e trasparenza 2019-2021
07	31/01/2020	Decreto n.13/2020 Adempimenti connessi alla L. n. 190 dd. 06.11.2012 ed al D.Lgs. n. 33 dd. 14.03.2013 e ss.mm. Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), 2020-2022

08

31/03/2021

Decreto n. 23/2021 Adempimenti connessi alla L. n. 190 dd. 06.11.2012 ed al D.Lgs. n. 33 dd. 14.03.2013 e ss.mm. Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), 2021-2023

3 PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT

3.1 GESTIONE DEI DOCUMENTI PROPRI DEL PROCESSO

L'art. 6 del DL n. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", nell'ambito di una riforma normativa che punta alla semplificazione, ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), del quale il PTPCT rappresenta una sezione.

Il presente Piano è adottato con Decreto del Direttore Generale attraverso il sistema informatico di adozione dei Decreti. È coerente con la Gestione della documentazione come da PRO_DGN_0001.

Le registrazioni e la documentazione predisposti per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del sistema di gestione per la qualità, non soggette a protocollazione, tra cui i rapporti di audit, sono raccolte separatamente a cura e sotto la responsabilità del Responsabile Aziendale della Qualità.

Il *Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)*: il CIV, nominato dal Direttore Generale, indirizza l'attività dell'Istituto e ne verifica la congruità con la programmazione strategica e gli obiettivi assistenziali e di ricerca.

Per quanto d'interesse, esprime parere preventivo sulla proposta di piano triennale per la prevenzione della corruzione, così come previsto dall'art. 6 della L.R. n. 14 dd. 10.08.2006 e ss.mm. e dall'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali, siglata in data 24 luglio 2013, per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della L. n. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii.

La proposta, recante i suggerimenti di integrazione/modifica in fase di predisposizione e/o prima dell'approvazione, deve indicare:

- l'eventuale coinvolgimento attivo degli organi di indirizzo politico-amministrativo nella redazione del piano;
- gli eventuali obiettivi strategici formulati dall'organo di indirizzo politico-amministrativo;
- gli eventuali suggerimenti rappresentati/gli eventuali pareri favorevoli preventivi all'approvazione espressi dall'organo di indirizzo politico-amministrativo.

3.2 PROCESSO DI PARTECIPAZIONE DEI PORTATORI DI INTERESSE E TUTELA DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il Piano viene diffuso ai portatori di interesse attraverso un avviso pubblico per la consultazione degli stakeholders (prot. n. 1561 dd. 14.2.2022); i cittadini, le associazioni, le organizzazioni di categoria e sindacali e gli altri soggetti portatori di interessi collettivi operanti negli ambiti di attività dell'Istituto vengono invitati a far pervenire osservazioni e/o proposte di cui viene tenuto conto in fase di aggiornamento del Piano stesso.

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.

Analogamente, gli spazi *intranet* di comunicazione interna, rivolti a tutto il personale in servizio presso l'Istituto, dovranno adeguarsi, sia per l'ampiezza delle informazioni sia per la facilità di consultazione, al fine di testimoniare la volontà dell'Istituto di tenere conto di tutti i possibili portatori di interesse.

Il presente Piano è reso noto a tutto il personale dell'Istituto. A tale fine è diffuso con la mail istituzionale e pubblicato sul sito internet dell'IRCCS. Per garantire un adeguato livello di trasparenza e di sviluppo della cultura dell'integrità, l'IRCCS dà seguito a iniziative di diffusione dei contenuti del Piano e dei dati pubblicati.

Per quanto concerne il trattamento dei dati personali in ambito sanitario, l'Istituto applica sia la normativa europea del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) sia nazionale del D.lgs. 196/2003, così come adeguato alla normativa europea dal D.lgs. n. 101/2018 e, altresì, si attiene alle indicazioni della Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia attraverso la partecipazione a specifici tavoli tecnici.

Il principio cardine, di matrice anglosassone, introdotto dal suddetto Regolamento Europeo è quello della "responsabilizzazione" (accountability nell'accezione inglese) che pone in carico al Titolare del trattamento dei dati l'obbligo di attuare politiche adeguate in materia di protezione dei dati, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative, anche certificate, che siano concretamente e sempre dimostrabili, oltre che conformi alle disposizioni europee (principio della "conformità" o compliance nell'accezione inglese); vi è quindi l'obbligo di porre in essere comportamenti proattivi, tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del Regolamento UE.

Nell'ottica del Legislatore europeo, quindi, in materia di privacy ciascun Titolare può scegliere autonomamente il modello organizzativo e gestionale che ritiene più adatto alla propria realtà e dotarsi delle misure di sicurezza che ritiene più efficaci in quanto egli risponde delle proprie azioni e deve essere in grado, in qualsiasi momento, di darne conto verso l'esterno (il termine accountability, infatti, rinvia letteralmente al concetto di "resa di conto").

Anche la nuova figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) si è inserita nei processi dell'anticorruzione.

L'ANAC, indicando di separare questa figura dalla funzione di RPCT, anche con la nomina di soggetti diversi, sottolinea che per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento per il RPCT.

A tale fine, sposando la logica del Garante della Privacy, l'Istituto ha attivato misure per contenere i rischi in materia di tutela della riservatezza dei dati su tutti i processi sanitari e di ricerca clinica, per i quali elabora la propria valutazione del rischio.

L'accesso alle prestazioni sanitarie è subordinato all'acquisizione di un'informativa sul trattamento dei dati personali. In aggiunta, la sottoscrizione di un consenso al dossier sanitario specifico (DSE) consente la circolazione e la visibilità delle informazioni sanitarie nei gestionali aziendali, mentre la sottoscrizione per la consultazione del fascicolo sanitario elettronico regionale consente la circolazione dei dati tra le aziende del Servizio Sanitario Regionale. Tutti i dati trattati informaticamente, attraverso *software* regionali, sono regolarmente sottoposti a vigilanza per quanto riguarda gli adempimenti normativi.

Con Decreto n. 83 del 13.07.2018 è stato nominato il *Data Protection Officer* interno coadiuvato da un Gruppo Multidisciplinare *Privacy*, da lui coordinato, che ne supporta le attività di controllo, sorveglianza, formazione ed informazione previste dal Regolamento. Dalla seconda metà dell'anno 2021 le funzioni di DPO sono garantite attraverso una convenzione con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina. Nell'anno 2020 è stato perfezionato il testo del *Regolamento sul trattamento dei dati personali* da applicare nell'ambito dell'Istituto, già allo studio del Gruppo nel corso del 2019. Il testo è stato adottato con decreto n. 159 dd. 31.12.2020 rubricato "*Adozione del Regolamento sul trattamento dei dati personali e modifica costituzione Gruppo Multidisciplinare Privacy*".

3.3 AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

Il presente Piano costituisce, di sua natura, un documento di carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti anche prima della naturale scadenza:

- in conseguenza dell'entrata in vigore di nuove norme o nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A. o di aggiornamento dello stesso;
- di mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;

- in sede di autovalutazione dell'opportunità di revisioni e modifiche al Piano in base all'esperienza nel contrasto alla corruzione;
- in sede di riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio dell'Istituto da realizzarsi con il contributo metodologico delle Strutture organizzative deputate all'attività di valutazione della performance e da quelle deputate alla vigilanza e audit interno.

L'aggiornamento annuale è previsto entro il 31 gennaio (o diversa scadenza fissata dall'ANAC) e sarà soggetto alla stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPCT.

4 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

4.1 FINALITÀ

Il presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024 (di seguito piano o PTPCT) recepisce gli esiti di un processo avviato con l'adozione del primo piano aziendale (triennio 2013-2015) e dei successivi rinnovi (trienni 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018, 2017-2019, 2018-2020, 2019-2020, 2021-2023) e accoglie le revisioni rivelatesi necessarie a seguito dell'Aggiornamento 2015 (determinazione ANAC, Autorità nazionale anticorruzione, n. 12 del 28 ottobre 2015), del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera ANAC 831 del 20 agosto 2016), dell'Aggiornamento 2017 (Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017), degli Aggiornamenti 2018 (Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018) e, da ultimo, 2019 (Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019) nonché delle istruzioni e deliberazioni emanate nel tempo dall'ANAC.

Il documento conferma, in parte, le previsioni del piano precedente e accoglie altresì le novità, modifiche e integrazioni resesi indispensabili anche in conseguenza del lavoro svolto da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza *pro tempore* in sinergia con i referenti, così come indicato nelle relazioni prodotte dal RPCT e pubblicate sul sito web aziendale.

Il Piano risulta integrato con il Programma per la trasparenza in osservanza delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 33 dd. 14.03.2013 come modificato dal D.lgs. n. 97 dd. 25.05.2016, ed è redatto allo scopo di definire le modalità, la tempistica e gli strumenti che l'IRCCS Burlo Garofolo intende adottare:

- per assicurare, attraverso un adeguato livello di trasparenza, la conoscenza da parte dei cittadini e delle imprese dei servizi resi dall'Istituto, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
- per garantire la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità attraverso la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Tali obiettivi specifici si armonizzano con quelli più generali del sistema "Pubblica Amministrazione" che vengono perseguiti attraverso lo sviluppo del:

- principio di trasparenza quale asse portante delle politiche di prevenzione della corruzione;
- principio di accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività aziendale.

Il principale strumento che hanno a disposizione gli enti pubblici per consentire ai cittadini di verificare l'effettivo rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità della Pubblica amministrazione è costituito dalla pubblicità dei dati e delle informazioni. La trasparenza amministrativa rende possibile il coinvolgimento e la partecipazione di chiunque sia interessato all'azione svolta dalle pubbliche amministrazioni e consente a tutti i cittadini di esercitare il diritto di controllo sull'esercizio delle attività istituzionali e sulla gestione ed erogazione dei servizi pubblici.

Oltre a tali strumenti preventivi, le Convenzioni internazionali (ONU, OCSE e Consiglio d'Europa) - richiamate dalla Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 dell'ANAC- promuovono l'adozione di soluzioni volte a ridurre il rischio di corruzione dei pubblici funzionari, che si sostanziano in misure di carattere organizzativo e comportamentale. Le prime, di tipo oggettivo, sono volte a preconstituire condizioni organizzative e di lavoro che impediscano il verificarsi di comportamenti corruttivi mediante, ad esempio, la rotazione del personale, i controlli, la formazione. Le seconde, di tipo soggettivo, concorrono ad evitare una vasta serie di comportamenti devianti, quali i reati contro la pubblica amministrazione diversi dalla

corruzione, fino a ricomprendere l'assunzione di decisioni di "cattiva amministrazione" contrarie all'interesse pubblico perseguito.

4.2 AMBITO DI APPLICAZIONE

Le prescrizioni del presente Piano in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza trovano applicazione nei confronti di tutte le funzioni dell'IRCCS e di tutto il personale dipendente nonché dei prestatori di lavoro che a qualunque titolo forniscono la loro opera. Trovano applicazione anche nei confronti dei soggetti componenti gli organismi istituzionali così come individuati dalla normativa in materia.

5 COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Gli obiettivi esplicitati nel presente Piano saranno assegnati alle strutture individuate in sede di negoziazione del *budget* 2022 affinché vi sia un evidente coordinamento tra gli obiettivi di *performance* e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza; le verifiche del Piano sono previste in sede di *audit* in collaborazione con il Responsabile della Programmazione e Controllo e il Responsabile della Qualità aziendale.

Nel corso del triennio 2022-2024, l'IRCCS consoliderà il modello di collegamento tra la performance individuale e la performance organizzativa, valorizzando il contributo individuale, in particolar modo nell'area della dirigenza, al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Nel percorso di attuazione del modello di valutazione della performance individuale si inserirà, pertanto, l'individuazione di specifici obiettivi individuali legati anche all'area della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Con decreti n. 167 e n. 170 dd. 30.12.2021 sono stati adottati, rispettivamente, il Regolamento sulla valutazione del personale della dirigenza dell'area sanità e il Regolamento per la valutazione della performance individuale del comparto sanità.

6 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

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.

6.1 MISURE STRAORDINARIE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA DA CORONAVIRUS

L'emergenza epidemiologica da SARS-COV-2 (CoViD-19), verificatasi nel corso dell'anno 2020, ha imposto l'adozione di misure progressivamente stringenti che hanno configurato un complesso quadro normativo per la gestione dello stato emergenziale sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, dichiarato con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 per la durata di mesi sei, prorogato nel tempo con successivi decreti-legge, di cui da ultimo il DL n. 221 dd. 24.12.2021 fino al 31.3.2022.

Durante lo stato emergenziale sono stati adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze regionali e del Ministero della salute per determinare un contenimento degli effetti epidemiologici che si è tradotto, in prima battuta, in misure di sorveglianza sanitaria speciale (cd. quarantena con sorveglianza attiva) e divieto di spostamento soprattutto per i soggetti sintomatici.

Contestualmente, sono stati emanati e approvati una serie di decreti legge per adottare **misure urgenti** che, sotto il profilo sanitario, hanno disposto un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, impegnando le Regioni e le Province Autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

A titolo esemplificativo, basti pensare alle risorse che il Governo ha destinato al Fondo per le emergenze nazionali finalizzate alle straordinarie esigenze connesse allo stato di emergenza, nonché ai finanziamenti disposti ad incremento dell'impegno economico cui concorre lo Stato per il fabbisogno sanitario nazionale

standard a copertura delle seguenti misure: incentivi in favore del personale dipendente del SSN e rafforzamento delle risorse mediante reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico e sanitario e incremento del monte ore della medicina specialistica; potenziamento delle reti di assistenza territoriale attraverso la stipula di contratti con strutture private per l'acquisto di prestazioni, all'utilizzo di personale sanitario in servizio nonché dei locali e delle apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie private accreditate e non; edificazione di nuove aree sanitarie temporanee; incentivi per la produzione e fornitura di dispositivi medici; indennizzi a soggetti pubblici o privati per la requisizione, in uso o in proprietà, di presidi sanitari e medico-chirurgici, nonché di beni mobili di qualsiasi genere occorrenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Le misure sopra illustrate sono state avviate con decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020, conv. in 27/2020, c.d. l Decreto Cura Italia, per fronteggiare la prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio, durante la quale è stata anche sospesa l'ordinaria attività procrastinabile di ricovero ospedaliero con conseguente riconversione di unità operative di degenza o di servizi in reparti COVID-19 a media o alta intensità di cure, terapie semi intensive e terapie intensive.

Per affrontare la cd. fase di convivenza con il virus, l'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, conv. in L. n. 77 del 2020, cd. Decreto Rilancio, ha previsto un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del SSN mediante l'adozione di specifici piani regionali di riorganizzazione, in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19. Le Regioni sono state impegnate ad istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero. Idonee risorse sono state destinate anche per gli incrementi tariffari da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio Sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19. Inoltre, per garantire maggiore supporto ai sistemi sanitari regionali è stata autorizzata l'istituzione, presso il Dipartimento della protezione civile, di unità composte da personale sanitario (medici e infermieri) e socio sanitario (OSS), reclutato su base volontaria attraverso appositi bandi.

L'anno 2021 ha visto ampio ricorso alla decretazione d'urgenza che ha, tra l'altro, progressivamente imposto obblighi vaccinali anti SARS-COV2 in capo ai dipendenti delle Aziende del SSN, dapprima limitato al personale sanitario e successivamente esteso a tutti coloro che svolgono a qualsiasi titolo attività lavorativa presso l'Ente, eccezion fatta per il personale reclutato con contratti di lavoro esterni (DL n. 44/2021 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID 19, in materia di vaccinazioni anti SARS-COV-2, giustizia e di concorsi pubblici" e sim). Inoltre, a decorrere dal 15.10.2021, a mente dell'art. 1 del DL n. 127 del 21.9.2021, ai fini dell'accesso ai luoghi di lavoro è fatto obbligo di possedere e di esibire, su richiesta, la certificazione verde COVID-19. L'Istituto si è dotato di un Regolamento per il controllo del Green Pass approvato con decreto n. 118/2021.

Nell'ambito dei **contratti pubblici**, con il Decreto Cura Italia e con il successivo Decreto Semplificazioni (D.L. 16 luglio 2020 n. 76 convertito in L. 11 settembre 2020 n. 120), il Governo, al fine di snellire e velocizzare le procedure di affidamento di lavori e servizi e di acquisizione di forniture in settori ritenuti strategici nel quadro emergenziale, ha introdotto deroghe al d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50, che hanno avuto come comune denominatore la valutazione *ex ante*, da parte del legislatore, della sussistenza di ragioni di estrema urgenza tali da giustificare la previsione di procedure semplificate, caratterizzate dalla riduzione o totale soppressione del confronto competitivo.

Le deroghe riguardano i settori delle forniture e dei servizi per il personale sanitario impegnato nel contrasto al COVID-19, delle forniture e dei servizi informatici per l'agevolazione del lavoro agile e per la didattica a distanza, della promozione dell'internazionalizzazione del Paese e degli interventi di ristrutturazione urgenti negli Istituti di pena - fortemente interessati dallo stato emergenziale - e sono limitate temporalmente e ben circostanziate.

Con DL 77 del 31.5.2021 "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" (art. 51), convertito con L. 29 luglio 2021, n. 108, sono state aggiornate - con efficacia fino al 30.6.2023 - le soglie previste dal predetto DL 76/2020 nei seguenti termini:

a) **affidamento diretto:**

- per lavori di importo inferiore a € 150.000,00;
- per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a € 139.000;

b) **procedura negoziata**, senza bando, di cui all'art. 63 del d.lgs. n. 50/2016, previa consultazione di almeno cinque operatori economici, ove esistenti, nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti, che tenga conto anche di una diversa dislocazione territoriale delle imprese invitate, individuati in base ad indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici:

- 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 e fino alle soglie di cui all'art. 35 del d.lgs. n. 50/2016;
- per l'affidamento di lavori di importo pari o superiore a € 150.000,00 e inferiore a un milione di euro, ovvero di almeno dieci operatori per lavori di importo pari o superiore a un milione di euro e fino alle soglie di cui all'articolo 35 del d.lgs. n. 50/2016.

Le stazioni appaltanti danno evidenza dell'avvio delle procedure negoziate di cui alla presente lettera tramite pubblicazione di un avviso nei rispettivi siti internet istituzionali. L'avviso sui risultati della procedura di affidamento, la cui pubblicazione nel caso di cui alla lettera a) non è obbligatoria per affidamenti inferiori a € 40.000,00, contiene anche l'indicazione dei soggetti invitati. L'Istituto si è dotato di un Regolamento aziendale per la realizzazione di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alla soglia comunitaria, formalmente approvato con decreto n. 53 dd. 12.4.2022.

Il Decreto Semplificazioni, inoltre, sempre per le procedure avviate entro il 30 giugno 2023, consente la consegna dei lavori in via d'urgenza e l'esecuzione del contratto nel caso di servizi e forniture, anche nelle more della verifica dei requisiti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016.

In merito alla disciplina del **subappalto**, l'Ordinanza del Capo della Protezione Civile del 3 febbraio 2020 n. 630, concernente i *"Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"*, in deroga rispetto a quanto stabilito dall'art. 105 del d.lgs. 50/2016, consente che i contratti di subappalto abbiano efficacia immediata a far data dalla richiesta dell'appaltatore, mentre la Pubblica Amministrazione, entro tempistiche congrue non superiori a 60 giorni, debba effettuare le verifiche circa il possesso dei requisiti, in applicazione dell'art. 163, comma 7, del d.lgs. 50/2016, rubricato *"Procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile"*.

L'analisi svolta dall'ANAC - relativa agli **affidamenti di servizi e forniture di natura sanitaria** nel periodo 1 marzo - 9 aprile 2020, contenuta nella *Relazione annuale 2019* presentata alla Camera dei Deputati il 2 luglio 2020 -, ha confermato che la spesa per i soli apprestamenti sanitari destinati a fronteggiare l'emergenza in atto ha determinato, com'era prevedibile, un impatto molto rilevante sulla finanza pubblica, nonostante la permanente scarsità di tali beni per i destinatari finali, che siano appartenenti a categorie protette o cittadini comuni. A questo dato, legato in parte alle naturali dinamiche del mercato connesse all'accaparramento di tali prodotti sullo scenario internazionale, non possono ritenersi estranei comportamenti speculativi e predatori da parte di soggetti variamente posizionati lungo la catena di fornitura, come già emerso da svariate indagini della magistratura. È evidente, peraltro, che queste spese erano destinate ad una crescita consistente nel breve-medio periodo, con riavvio delle attività durante il periodo successivo al *lockdown*, supportato da una più ampia e capillare distribuzione di dispositivi di protezione individuale e dei sistemi di diagnosi. La domanda di tali beni si è attestata su valori multipli rispetto a quelli relativi al periodo già trascorso, impegnando una quota ancora più ingente della spesa pubblica nazionale.

Il ricorso ad una procedura semplificata, strumento necessario nella drammatica contingenza, impone, dunque, alcune riflessioni, soprattutto qualora debba regolare, nell'ambito del rapporto tra pubblico e privato, requisiti, modalità e tempi correlati all'erogazione, da parte di un organo statale, di liquidità a titolo di finanziamento. La decretazione d'urgenza, infatti, ha creato flussi consistenti di denaro pubblico verso una moltitudine eterogenea di soggetti: persone fisiche, persone giuridiche, privati e appartenenti alla stessa pubblica amministrazione. Il maggior rischio di comportamenti criminosi ed in particolare il reato di

corruzione potrebbero realizzarsi proprio nella dinamica sopra descritta, considerati gli interessi, anche illeciti, che gravitano attorno alle importanti risorse economiche messe a disposizione dal Governo.

Allo scopo di assicurare la tempestiva attivazione delle procedure per l'acquisizione e la distribuzione di farmaci, apparecchiature e dispositivi medici e di protezione individuale utili a fronteggiare l'emergenza sanitaria, il 16 dicembre 2020 è stato siglato dal Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 un protocollo di vigilanza collaborativa finalizzata a verificare la conformità degli atti di gara alla normativa di settore e prevenire le infiltrazioni criminali.

Per fronteggiare l'emergenza sono state utilizzate procedure straordinarie di **reclutamento del personale** per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, in deroga alla disciplina vigente. Ciò ha permesso al Servizio Sanitario di contrastare la crisi epidemiologica in atto nelle Regioni più colpite, prevedendo al contempo azioni a lungo termine, quali il reclutamento di medici ed infermieri, anche militari. Sono stati disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e, per garantire l'assistenza in caso di sostituzione del medico di medicina generale, la possibilità di esercitare la professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia previo giudizio di idoneità (cd. Laurea abilitante).

Nella Regione FVG dal 13 marzo 2020 sono stati pubblicati avvisi finalizzati all'assunzione di personale per fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID-19.

Un importante strumento messo in campo dal Governo in questa delicata e particolare fase di gestione emergenziale è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato dall'Italia, definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021, quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico, che prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale.

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

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

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

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

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

6.2 IL 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.

6.2.1 IL CONTESTO ESTERNO DEMOGRAFICO

Negli ultimi 10 anni in Italia, come pure in FVG, si è assistito a fondamentali trasformazioni socio-demografiche, caratterizzate da una progressiva decrescita e invecchiamento della popolazione residente. A partire dal 2015, il consistente saldo naturale negativo (dovuto all'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'aumento dei decessi) unito alla continua diminuzione del saldo migratorio, ha portato al decremento della popolazione. L'aumento della sopravvivenza e il calo della natalità ha reso l'Italia uno dei Paesi con più elevato livello di invecchiamento. L'età media ha oltrepassato i 45 anni (46 anni al 1.1.2021) e la popolazione sotto i 15 anni continua a ridursi.

A contrastare il processo di invecchiamento interviene la presenza straniera, che tra il 2007 e il 2018 è quasi raddoppiata. Al 1.1.2021 a livello nazionale gli stranieri rappresentavano l'8,7% della popolazione residente e in FVG il 9,56%.

Anche in area materno-infantile la situazione epidemiologica del FVG rispecchia quella nazionale. Due sono i fenomeni che la caratterizzano: il progressivo calo di natalità e fecondità e il miglioramento generale dello stato di salute dei bambini, accompagnato da un aumento nella complessità di alcune malattie pediatriche, sia in acuto che in cronico. Altri fenomeni di rilievo, alla cui conoscenza l'IRCCS Burlo Garofolo sta contribuendo attraverso il coordinamento di attività di ricerca e monitoraggio, sono quelli legati agli stili di vita della popolazione pediatrica e alla mortalità materna.

6.2.1.1 *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla popolazione residente*

Dal Rapporto prodotto il 30 dicembre 2020, congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), emerge l'analisi della mortalità in Italia nel periodo gennaio-novembre 2020 per il complesso dei casi e per il sottoinsieme dei soggetti positivi al Covid-19 deceduti, con un distinguo tra la prima (febbraio-maggio 2020) e la seconda ondata epidemica (settembre-novembre 2020).

Dalla fine del mese di febbraio si è osservata una netta inversione di tendenza rispetto alla favorevole evoluzione della mortalità che aveva caratterizzato la stagione invernale 2019-2020. Nei mesi di marzo e aprile, infatti, contemporaneamente alla diffusione dell'epidemia di Covid-19 si è osservato un importante incremento dei decessi per il complesso delle cause rispetto al livello atteso sulla base della media del periodo 2015-2019. Durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila decessi (da marzo a maggio del 2020), 50 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, di cui oltre 45 mila relativi a residenti nel Nord del Paese. L'incremento nelle Regioni del Nord ha fatto registrare quasi un raddoppio dei decessi nel mese di marzo (+94,5% rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019) e un incremento del +75,0% ad aprile. A partire dalla metà di ottobre 2020 diventano via via più evidenti gli effetti della Seconda ondata dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale. In termini assoluti si stima per i mesi di ottobre e novembre 2020 un aumento di decessi per il complesso delle cause di oltre 31 mila e settecento unità. In molte regioni del Nord l'eccesso di mortalità totale del mese di novembre supera quello del picco di marzo-aprile: in Friuli-Venezia Giulia l'incremento dei decessi registrato a novembre è pari a +46,9% rispetto a +21,1% di aprile.

Per quanto riguarda le classi di età, lo scostamento della mortalità dall'andamento precedente -rispetto al periodo in cui è iniziata l'emergenza- è ben evidente a partire dal mese di marzo 2020 per le età superiori ai 49 anni e aumenta al crescere dell'età. L'eccesso di mortalità è maggiore per gli uomini e per i grandi anziani: l'incremento di circa 50 mila decessi per il complesso delle cause riscontrato a livello nazionale per il periodo marzo-maggio 2020, rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019, è dovuto per il 72% all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più (36 mila e quattrocento decessi in più). Nei mesi di ottobre e novembre si osserva un fenomeno analogo, in quanto l'incremento complessivo dei decessi

supera le 31 mila e settecento unità, di cui oltre 23 mila decessi in più nella classe di età da 80 anni in poi (che copre il 74% dell'aumento dei morti totali del bimestre).

Viceversa, per quanto concerne la classe di età 0-49 anni, i decessi mensili del 2020 sono inferiori a quelli medi del 2015-2019. Il fatto che la mortalità della popolazione più giovane sia, nel 2020, generalmente inferiore alla media del 2015-2019 si può spiegare considerando tanto la minore letalità dell'epidemia al di sotto dei cinquanta anni, quanto la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause che interessano questo segmento di popolazione, come quelle accidentali, la cui incidenza è stata fortemente ridotta dal *lockdown* primaverile e dalle successive restrizioni.

Secondo il Rapporto curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che opera nell'ambito di Vihtaly, spin off dell'Università Cattolica, presso il campus di Roma "Rapporto Osservasalute", XVIII Edizione, il COVID-19 ha bruciato 10 anni di guadagni in aspettativa di vita: si osserva, infatti, una riduzione consistente della speranza di vita alla nascita tanto da annullare i guadagni ottenuti nel decennio precedente, che cala in un anno, con aumentata mortalità per cause quali demenze e diabete.

La pandemia, infatti, ha concorso al peggioramento delle condizioni di salute di persone in condizione di particolare fragilità, come dimostra l'aumento, rispetto alla media 2015-2019, di altre cause di morte, quali demenze (+49%), cardiopatie ipertensive (+40,2%) e diabete (+40,7%). L'avvio della campagna di vaccinazione ha scontato ritardi dovuti alla disponibilità delle dosi dei vaccini, ma a fine 2021 l'89% della popolazione over 12 risulta aver ricevuto almeno 1 dose di vaccino, l'86% risulta aver compiuto il ciclo vaccinale, con o senza dose di richiamo.

6.2.1.2 Denatalità

A partire dal 2009 abbiamo assistito in Italia ad un progressivo calo del numero di nati, analogamente a quanto avvenuto in molti paesi sviluppati. Nel 2019 i nati della popolazione residente sono 420.084, quasi 20 mila in meno rispetto al 2018 (-4,5%). Per il settimo anno consecutivo, nel 2019 c'è un nuovo superamento, al ribasso, del record di denatalità. Dal 2008 le nascite sono diminuite di 156.575 unità (-27%). Le cause della riduzione della natalità sono molteplici: il progressivo calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani, il venir meno della spinta dell'immigrazione (dal 2012 la natalità è in calo anche per gli stranieri), la progressiva "occidentalizzazione" dei costumi degli immigrati (famiglie meno numerose), la riduzione del contingente di donne in età feconda (15-50 anni), il progressivo spostamento in avanti del calendario riproduttivo, la crisi economica.

La denatalità prosegue nel 2020; secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-agosto 2020, le nascite sono già oltre 6.400 in meno rispetto allo stesso periodo del 2019. Anche senza tener conto degli effetti della pandemia di Covid-19, che si possono osservare a partire dal mese di dicembre 2020, ci si può attendere una riduzione ulteriore delle nascite almeno di 10 mila unità.

Nel 2019 il tasso di fecondità è sceso in Italia, in media, a 1,27 figli (1,29 nel 2018), accentuando la diminuzione in atto dal 2010, anno in cui si è registrato il massimo relativo di 1,46. Nella nostra Regione l'indice è sceso a 1,25. L'età media al parto aumenta di oltre due anni, arrivando a 32,1 anni, in continuo aumento in Italia sin dal 1980 (27,5 anni); in misura ancora più marcata cresce anche l'età media alla nascita del primo figlio, che si attesta a 31,3 anni nel 2019 (3,3 anni in più rispetto al 1995). In generale, a parità di fecondità totale espressa, rispetto al 1995, cresce la fecondità nelle età superiori ai 30 anni e diminuisce in quelle inferiori. La riduzione della propensione, negli ultimi decenni, a procreare (indice di fecondità) interessa tutte le Regioni italiane, determinando la riduzione delle nascite e modificando le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.

La riduzione delle nascite in FVG negli ultimi anni è sostanzialmente sovrapponibile all'andamento nazionale. Il tasso di natalità per mille abitanti è sceso da 8,2 nel 2011 a 6,2 nel 2019; nei punti nascita della regione nell'anno 2020 sono stati registrati 7935 nuovi nati, in calo rispetto al 2018 (8.273) e 2019 (8.018); l'età media della madre al parto è salita da 31,5 anni nel 2011 a 32,2 anni nel 2018.

Secondo il bollettino dell'Istat "Natalità e fecondità della popolazione residente 2020", nei primi 9 mesi del 2021 le nascite in Italia sono 12.500 in meno rispetto allo stesso periodo del 2020, un calo quasi doppio rispetto a quanto osservato tra gennaio e settembre dell'anno precedente. Nel 2020 i nati sono 404.892 (-15 mila sul 2019). Il calo (-2,5% nei primi 10 mesi dell'anno) si è accentuato a novembre (-8,3% rispetto allo stesso mese

del 2019) e dicembre (-10,7%), mesi in cui si cominciano a contare le nascite concepite all'inizio dell'ondata epidemica.

Il clima di incertezza e le restrizioni relative al lockdown, infatti, sembrano aver influenzato la scelta di rinviare il concepimento. A gennaio 2021 si rileva la massima riduzione di nati a livello nazionale (- 13,6%), con picco nel Sud (- 15,3%) che prosegue, più contenuta, anche a febbraio (-4,9%); queste nascite sono, per la quasi totalità, riferibili ai concepimenti di aprile e maggio 2020. Il forte calo dei nati a gennaio 2021, tra i più ampi mai registrati, dopo quello già marcato degli ultimi due mesi del 2020, lascia pochi dubbi sul ruolo svolto dall'epidemia. Il crollo delle nascite tra dicembre e febbraio, riferibile ai mancati concepimenti della prima ondata pandemica, poteva essere dovuto al posticipo di pochi mesi dei piani di genitorialità. Tuttavia, dai primi dati disponibili, tale diminuzione sembra l'indizio di una tendenza più duratura in cui il ritardo è persistente o, comunque, tale da portare all'abbandono nel breve termine della scelta riproduttiva.

6.2.2 IL CONTESTO ESTERNO SOCIO ECONOMICO E LA CRIMINALITÀ

Le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'IRCCS Burlo opera, ad esempio le variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio, e come queste possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno della Società, sono state adeguatamente considerate nella stesura del presente piano.

L'Istituto opera in Friuli Venezia Giulia, una delle Regioni italiane territorialmente meno estese (7.932 kmq) che, al 1.1.2021, contava 1.198.753 abitanti (fonte: Regione in cifre 2021, pubblicato nel mese di ottobre 2021).

La Regione Friuli Venezia Giulia, confinante con Austria e Slovenia e con un ampio sbocco sul mare, è caratterizzata da una dinamica attività economica a forte vocazione industriale, soprattutto di piccola e media imprenditoria.

Tra le principali caratteristiche della popolazione del FVG c'è quella di porsi al di sopra della media nazionale nel giudicare positivamente il proprio stato di salute, nel ritenere adeguate le proprie risorse economiche e nel condurre una vita culturale e associativa molto attiva e vivace. Parallelamente, il tasso di abbandono scolastico è fra i più bassi in Italia (al di sotto del parametro europeo pari al 10%) e il tasso di disoccupazione nel 2020 è stato del 5,6%, contro il 6,1% del 2019 che colloca la regione tra quelle più virtuose nel panorama nazionale. A fronte di un giudizio comunque positivo rispetto alla qualità della vita, nel 2018 le famiglie del FVG menzionavano, fra i problemi più sentiti, le cattive condizioni stradali, il traffico e il rischio di criminalità, per valori comunque inferiori alla media nazionale.

Dalla classifica del Sole 24 ore sulla qualità della vita nelle province italiane anno 2021, che scatta una fotografia del paese attraverso 900 indicatori statistici, alla sua 32esima edizione, tre province su quattro del Friuli Venezia Giulia si sono classificate entro le prime dieci posizioni: Trieste (1° classificata), Pordenone (7° classificata) e Udine (9° classificata).

Per meglio comprendere la situazione complessiva sotto il profilo criminologico, che può maggiormente interessare l'ambito specifico della prevenzione della corruzione, si ritiene utile riportare alcuni dati estratti dalla "Relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019 del Procuratore Generale presso la Corte d'Appello di Trieste" e dalla "Relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019 del Presidente della Corte d'Appello di Trieste".

Già da tempo l'Autorità Giudiziaria e le Forze dell'Ordine hanno registrato e segnalato situazioni che denotavano numerosi tentativi di infiltrazioni criminali di stampo associativo mafioso stimolati dalla ripresa economica locale, collegata ad un forte rilancio turistico e all'avvio di grandi opere infra-strutturali e portuali. Il territorio, infatti, è stato interessato, negli ultimi anni, da ingenti investimenti finalizzati alla realizzazione di grandi opere quali, ad esempio la costruzione della terza corsia dell'autostrada A4 e l'ampliamento del Porto di Trieste, anche attraverso la realizzazione di una moderna piattaforma logistica.

Sebbene non si rilevi la presenza stabile di strutture associative di tipo mafioso, la Regione non può considerarsi del tutto immune da infiltrazioni. La permeabilità del tessuto economico consente alle organizzazioni criminali di potersi insinuare nelle realtà locali, senza ricorrere a metodi che destino allarme sociale, al fine di condizionare le attività economiche locali, trasformandole in occasioni per il reinvestimento dei proventi illeciti in attività legali.

Nel loro incessante processo di adattamento alla mutevolezza dei contesti, le organizzazioni criminali di tipo mafioso hanno negli ultimi anni implementato enormemente reti e capacità relazionali, sostituendo l'uso della violenza, sempre più residuale, con azioni corruttive ed intimidatorie. Per la criminalità organizzata la corruzione rappresenta uno dei principali veicoli per "far permeare la mafia", specie in quelle aree del territorio nazionale in cui si è culturalmente scontata una sottovalutazione del fenomeno. La corruzione è tra i fattori che consentono, infatti, di innescare un meccanismo perverso utilizzato dalle organizzazioni criminali per infiltrare e condizionare i processi della Pubblica Amministrazione, per acquisire finanziamenti, per accedere a notizie riservate utili per l'aggiudicazione delle gare di appalto e, non da ultimo, per riciclare denaro.

Il territorio di Trieste costituisce, altresì, un importante crocevia di scambi commerciali e transiti di merci da e verso l'Europa nord-orientale, attraverso l'utilizzo del valico di Ferneti e del porto di Trieste. Tale condizione favorisce la commissione di attività illecite di carattere transnazionale come il traffico di sostanze stupefacenti e di armi, l'immissione di merce contraffatta, lo sfruttamento della prostituzione, il contrabbando di sigarette e il riciclaggio di autovetture provento di furti e rapine, tutte gestite prevalentemente da gruppi criminali stranieri.

Inoltre, è notoriamente attraversato dalle direttrici dell'immigrazione clandestina, in specie la cd. "rotta balcanica". Il percorso migratorio di maggior interesse è quello proveniente dalla Slovenia, ove giungono i migranti irregolari che hanno percorso la rotta terrestre turca ovvero quella marittima mediterranea, arrivando in Grecia e risalendo lungo la direttrice terrestre balcanica meridionale sino alla Serbia, alla volta dell'Italia, che normalmente costituisce area di transito. Soggetti di nazionalità italiana, romena, pakistana, afghana e indiana sono risultati dediti al favoreggiamento dell'immigrazione clandestina- anche se il territorio regionale, tuttavia, costituisce prevalentemente una zona di transito piuttosto che una meta finale per gli immigrati -. Rimane molto elevato il numero di minori stranieri non accompagnati.

Per quanto concerne l'attività delittuosa perpetrata ai danni della Pubblica Amministrazione, si è registrato nel 2018 un decremento dei reati rispetto all'anno 2017, quali il peculato (n.13 procedimenti contro 26), l'abuso d'ufficio (n. 2 procedimenti contro n.15) e, appunto, la corruzione (n. 0 procedimenti contro 3).

Pur mantenendosi limitato il dato relativo ai reati contro la Pubblica Amministrazione, così come confermato nella "Relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2020 del Presidente della Corte d'Appello di Trieste", è bene notare che, nel corso del 2019, è stato definito, all'esito di ben undici udienze, un poderoso procedimento in tema di peculato relativo ai rimborsi spese di alcuni consiglieri regionali.

In tema di corruzione, ad ogni modo, il comparto della contrattualistica pubblica resta, a livello nazionale, il più interessato.

Dai dati raccolti e analizzati dall'ANAC, nel triennio 2016 - 2019, nell'ambito del Programma Operativo Nazionale "Governance e Capacità istituzionale 2014-2020" emerge, infatti, che il settore più sensibile al rischio corruzione risulta essere quello legato ai lavori pubblici, compreso il comparto sanitario e, nella specie, forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumentali medicali, nonché servizi di lavano e pulizia, equivalente al 13% del totale degli episodi censiti nel triennio di riferimento.

Dall'analisi dei dati e delle informazioni utilizzate per inquadrare il fenomeno corruttivo all'interno del territorio e del settore d'intervento propri dell'Istituto emerge come l'attività di prevenzione della corruzione debba concentrarsi prioritariamente sulla gestione e sull'affidamento di beni e servizi, essendo il rischio corruttivo maggiormente legato al settore degli appalti. (cfr. Registro degli eventi rischiosi: processo n.1 *acquisto di beni economici e sanitari*; processo n. 2 *acquisto di servizi economici non sanitari*; processo n.3 *acquisto di servizi esternalizzati*; processo n. 23 *acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie*).

6.3 IL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda 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.

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

L'IRCCS Burlo Garofolo è uno dei tre IRCSS 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.

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.

Il ruolo del Burlo, già disegnato dalla L.R. n. 17/2014 e dai successivi atti di programmazione regionale (DGR n. 2673/2014, DGR n. 929/2015, DGR 1243/2015, DGR 2039/2015), è stato ulteriormente rafforzato nel corso del 2018 con la DGR n. 730 del 21 marzo 2018 che ha istituito la Rete Pediatrica del FVG, coordinata proprio dall'IRCCS.

L'obiettivo principale della Rete è quello di integrare l'ambito ospedaliero e quello territoriale al fine di garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini e gli adolescenti della Regione a prescindere dalla sede di erogazione delle cure, superando l'attuale frammentazione dei punti di erogazione delle prestazioni pediatriche ospedaliere. In attuazione di quanto previsto dalla summenzionata delibera giuntale, il Burlo, con proprio decreto n. 96 dd. 10.8.2018, ha formalizzato la costituzione di un Coordinamento Interaziendale materno infantile con l'Azienda Sanitaria n. 5, ora Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, per valorizzare le competenze ed esperienze di entrambi gli Enti attraverso la condivisione di una strategia complessiva e di una regia organica in grado di coordinare le diverse sinergie operative e le possibili collaborazioni negli ambiti clinico/sanitario, della ricerca scientifica e gestionale, della formazione e divulgazione.

Il Coordinamento prevede che alcune attività pediatriche specifiche vengano svolte dai professionisti del Burlo nelle sedi dell'AAS 5, ora AS FO, in modo da favorire l'erogazione di omogenei livelli di assistenza nel territorio regionale. I rapporti economici tra le aziende, che sono stati formalizzati nella primavera del 2019, prevedono l'applicazione di nuovi modelli di finanziamento basati sull'imputazione dell'attività svolta in capo all'Ente erogatore. Il 2021 è stato caratterizzato dalla prosecuzione delle attività della Rete nell'intento di perseguire gli obiettivi fissati dalla programmazione regionale e dal miglioramento dell'integrazione in ambito pediatrico e materno infantile con le Aziende regionali.

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

Relativamente ai dati di attività si fa rinvio ai documenti di Bilancio e di programmazione aziendale, secondo le linee annuali di gestione della Regione Friuli Venezia Giulia per i propri Enti del Servizio Sanitario.

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

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

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

Ne deriva che gran parte dell'attività collegata ad una delle aree maggiormente a rischio, e cioè quella relativa alla scelta del contraente nell'ambito delle acquisizioni di beni e servizi, è tuttora solo parzialmente in capo all'Istituto, con un trend nella percentuale di acquisti cd. centralizzati costante dal 2019.

6.3.2 NATURA, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO

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

Il Burlo Garofolo è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla Legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, in attuazione del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 di riordino degli I.R.C.C.S., 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 in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali.

L'Atto aziendale vigente, adottato con Decreto n. 100 del 10.11.2016 cui si rinvia, individua l'assetto istituzionale ed organizzativo dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, definendo l'identità aziendale, *mission* e *vision* dell'Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell'Ente.

Giova evidenziare che è in fase di approvazione nelle competenti sedi la proposta del nuovo Atto Aziendale dell'I.R.C.C.S., ai sensi dell'art. 54 della citata L.R. n. 22/2019, che, tenuto conto della riforma del SSR, disciplinerà l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto.

Il presente Piano 2022-2024 si innesta sul percorso avviato e tracciato dai precedenti piani, nelle more, a tutt'oggi, dell'adozione di un Atto Aziendale di revisione della struttura organizzativa aziendale.

L'art. 54 della Legge Regionale n. 22 del 12.12.2019 ha infatti stabilito l'obbligo, per gli enti del SSR di trasmettere, entro il 31 maggio 2020, alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Agenzia Regionale di coordinamento per la salute, la proposta di atto aziendale recante la disciplina di organizzazione e funzionamento.

La diffusione della pandemia da SARS - CoV- 2, ad inizi del 2020, ha imposto nuove priorità sia a livello organizzativo che decisionale, orientando l'attività e le azioni aziendali verso obiettivi diversi rispetto a quelli in precedenza definiti. Lo stato di emergenza iniziato nel mese di marzo 2020 è proseguito per tutto il 2020 e il 2021 ed è stato prorogato, ad oggi, fino a tutto il mese di marzo 2022 condizionando, inevitabilmente, la gestione aziendale.

In considerazione della situazione contingente in cui si trovano tutti gli enti, con le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2021, allegate alla delibera di Giunta regionale n. 189 del 12.2.2021, la Regione ha fissato il termine del 31 marzo 2021 per la trasmissione, da parte delle Aziende, della proposta di Atto Aziendale; il termine è stato ulteriormente prorogato al 27 settembre 2021. L'Istituto ha trasmesso la proposta di Atto aziendale agli enti competenti con note prot. n. 8191 dd. 27.9.2021 e n. 11753 dd. 9.12.2021 ed è attualmente in corso l'istruttoria per il rilascio del parere necessario all'adozione del nuovo assetto organizzativo.

6.3.2.1 *Assetto organizzativo, mission, vision*

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

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

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

L'identità dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo si fonda su principi e valori condivisi, che ispirano gli scopi, le azioni e i comportamenti di tutti coloro che vi lavorano, concorrono all'adempimento della sua missione e ne orientano la programmazione strategica. Rappresentano quindi un elemento identitario aziendale, il filo conduttore che garantisce la coerenza delle attività aziendali nel tempo. Il Burlo si riconosce nel sistema dei valori della Costituzione, del Ministero della Salute e della Regione Friuli Venezia Giulia, e d'altra parte condivide il sistema di valori legato alla ricerca clinica.

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

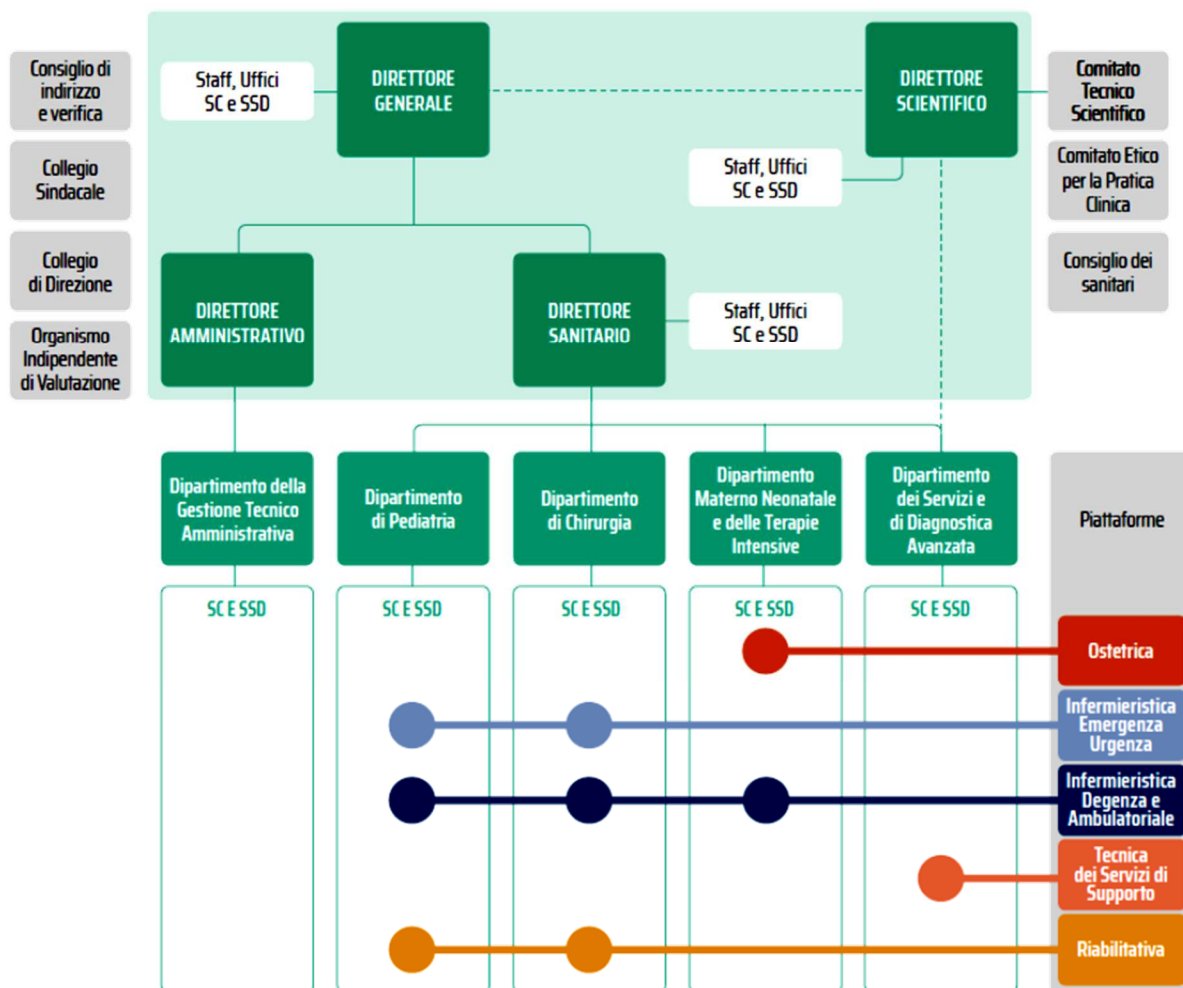
Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche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

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

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

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

ORGANIGRAMMA



6.3.2.2 Risorse umane

L'Istituto pone al centro dell'attenzione il miglioramento del processo produttivo, rispetto al quale il personale non è considerato il principale fattore di costo aziendale, ma la principale risorsa dell'I.R.C.C.S.

Alla data del 31.12.2021 il dato di forza del personale era pari a n. 755 unità; nel predetto dato è incluso il personale universitario che corrisponde a n. 13 unità ed è comprensivo del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria. Alla forza complessiva si aggiunge il personale dedicato ad affrontare l'emergenza legata al Covid 19 (in tutto n. 33 unità).

Categoria	Forza al 31.12.2021	Forza COVID al 31.12.2021	TOTALE
Dirigenza			
Ruolo sanitario	156	6	162
Ruolo professionale	2		2
Ruolo tecnico	3		3
Ruolo amministrativo	10		10
Totale dirigenza	171	6	177
Comparto			
Ruolo sanitario	360	27	387
Ruolo socio sanitario	85		85
Ruolo tecnico	32		32
Ruolo amministrativo	68		68
Ruolo della ricerca	26		26
Totale comparto	571	27	598
Totale complessivo	742	33	775
Personale universitario	13		13
Totale complessivo con universitari	755	33	788

6.3.2.3 Autorizzazione e accreditamento istituzionali della Regione Friuli Venezia Giulia e accreditamento all'eccellenza

Gli adempimenti relativi al quadro normativo vigente in materia di lotta alla corruzione e trasparenza rientrano nel processo di autorizzazione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni del Servizio Sanitario Regionale (requisiti autorizzativi generali), che richiede la piena conformità alla normativa vigente. In aggiunta, all'atto della domanda di autorizzazione e/o di accreditamento, è richiesto al Legale Rappresentante di produrre la documentazione anti mafia ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 252/1998 e di dichiarare la non sussistenza di situazioni di incompatibilità nel rapporto di lavoro con il personale impiegato nella struttura, ai sensi dell'art. 53, c. 14 del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 20, del D.Lgs. 39/2013.

Va altresì annotato che la conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionali della Regione Friuli Venezia Giulia, garantendo l'appropriatezza e il miglioramento continuo delle prestazioni erogate per conto del SSN, nella cornice definita dal Sistema dei livelli essenziali di assistenza, contribuisce a minimizzare i rischi di corruzione e a migliorare la trasparenza.

Analoga trattazione può essere applicata ai programmi per l'accreditamento all'eccellenza (es. Jacie per i trapianti di midollo osseo nei pazienti pediatrici, OMS/UNICEF per l'allattamento, ...) che, pur non contemplando requisiti specifici in materia di trasparenza ed integrità e lotta alla corruzione, agiscono indirettamente sulla qualità e appropriatezza dell'assistenza erogata.

6.3.2.4 Norme UNI EN ISO 9000 e altre norme UNI

L'Istituto, in quanto IRCCS, ha adottato la norma UNI EN ISO 9001 (edizione 2015) per certificare i propri servizi. Sono attualmente certificati e soggetti a sorveglianza e rinnovo i servizi amministrativi, gli uffici direzionali e alcune unità operative cliniche.

Pur non essendo l'Istituto certificato ai sensi delle norme ISO 31000:2018 e ISO 37001:2016, il sistema di gestione e assicurazione della qualità ne trae ispirazione e si basa sull'approccio per processi, sulla valutazione del contesto e sull'analisi del rischio, orientandosi ai principi della Total Quality e della massima integrazione tra sistemi.

In particolare, è in uso un programma online denominato PROSA Exprit, attraverso cui sono mappati i processi nelle loro relative sotto-fasi; per ciascuna delle predette fasi sono valutati i rischi, compresi quelli in materia di prevenzione della corruzione. Ne consegue che in ogni processo documentato sono riportati i rischi e, se del caso, sono messe in atto azioni di miglioramento, in coerenza con il PTPCT vigente. Laddove si evidenzino rischi non trascurabili, tali azioni di miglioramento sono sottoposte ad attività regolari di monitoraggio, anche attraverso audit interni specifici. Per segnalare situazioni atipiche, è altresì utilizzato un sistema di segnalazione integrato online, accessibile da qualsiasi operatore, che prevede anche in questa fase, l'analisi di rischi potenziali o effettivi, con conseguente valutazione e piano di azione.

Annualmente gli esiti dei sistemi di monitoraggio legati al sistema qualità sono recepiti dal Riesame della Direzione, dove sono dettagliati gli elementi in ingresso e in uscita. Essi sono comunicati agli Uffici competenti per la predisposizione della reportistica specifica.

6.3.2.5 Attività assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

Come già evidenziato nei paragrafi precedenti, anche l'anno 2021 è stato inevitabilmente condizionato dal permanere dello stato di emergenza, i cui effetti continuano a ripercuotersi sulle *performance* dell'organizzazione a causa delle misure di prevenzione introdotte nei percorsi clinico assistenziali.

Sono, infatti, ancora operativi provvedimenti che modificano le regole di accesso alle prestazioni ed ai percorsi dei pazienti all'interno del comprensorio e la programmazione delle attività ambulatoriali e di ricovero è ancora condizionata dall'accertamento delle condizioni di contagiosità, dalla garanzia di distanziamento e dall'applicazione di misure di prevenzione (sanificazione di locali e attrezzature, utilizzo di DPI, disponibilità di locali dedicati a pazienti sospetti/infetti, ...).

Il sistema di regole e controlli è oggetto di una costante revisione al fine di mantenerne l'adeguatezza nelle diverse fasi della pandemia, soprattutto con l'obiettivo di minimizzare la riduzione dell'attività sanitaria causata dalla gestione dell'emergenza pandemica, nel mantenimento di idonei standard di sicurezza.

Obiettivo del 2021 è stato quello di aumentare l'attività, riportandone i volumi ai livelli prepandemici (anno 2019). In particolare, dal mese di luglio, grazie all'utilizzo del finanziamento per il recupero delle liste d'attesa, ex DL 104/2020, è stata rivista la programmazione dell'attività ambulatoriale e degli interventi chirurgici secondo le regole definite dalla DGR 1036/2021. Il trend in recupero è stato rallentato/neutralizzato dalla critica situazione dell'organico del personale medico, in particolare anestesista e ostetrico ginecologo, a causa della quale l'effetto delle risorse investite è stato solo quello di contenere una ulteriore riduzione dell'attività. La numerosità delle prestazioni erogate è stata, inoltre, condizionata dagli effetti della pandemia (sospensione di interventi per positività o quarantena, difficoltà nel reclutamento dei pazienti extraregione, sospensione delle attività per assenze del personale, ...), soprattutto per l'area pediatrica medica.

La contrazione dell'attività di *day hospital*, soprattutto in area pediatrica, è, in parte, determinata dal trasferimento al regime ambulatoriale di prestazioni erogate a scopo diagnostico in regime di ricovero diurno. Nel corso dell'anno n. 9 sedute operatorie sono state assegnate alla Chirurgia e alla Urologia dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), per l'esecuzione di interventi per patologia oncologica non eseguiti a causa della sospensione dell'attività finalizzata al recupero di risorse da dedicare alla gestione della pandemia.

Rimangono operativi l'accordo con ASUGI per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina e la disposizione regionale per il ricovero in Istituto dei bambini Covid positivi del FVG che necessitano di ricovero ordinario.

I dati di attività esposti nelle tabelle seguenti evidenziano quanto segue:

Area pediatrica medica

La pandemia ha continuato a condizionare, riducendola, l'attività dell'area medica pediatrica, non consentendo il completo riallineamento ai volumi di attività del 2019.

Il Pronto soccorso pediatrico/Pediatria d'urgenza è la struttura maggiormente coinvolta nella gestione del paziente con Covid 19, supportata in questa attività dalla Clinica pediatrica.

La Pediatria d'urgenza ha registrato un incremento dell'attività di ricovero, sia nei posti letto dedicati al Covid che in quelli ordinari. Questo trend ha caratterizzato anche la Neuropsichiatria infantile, i cui ricoveri ordinari

hanno registrato un aumento del 20% rispetto alla fase pre pandemica, per ragioni che possono essere ricondotte al disagio adolescenziale secondario dovuto all'isolamento e alla mancanza di socialità.

Si conferma il ruolo dell'IRCCS nell'ambito dell'immunologia, delle intolleranze alimentari, delle patologie neuropsichiatriche comuni nell'infanzia quali l'epilessia, l'autismo e delle disabilità intellettive ed i disturbi dell'apprendimento.

È proseguito nel corso del 2021, il servizio di cura delle malattie rare, secondo un approccio multidisciplinare e multispecialistico che consente non solo di gestire il bambino con malattia rara, ma anche di svolgere numerose ricerche volte a migliorare la presa in carico globale e la qualità di vita. Il Burlo rimane all'avanguardia nelle terapie delle malattie rare. Continua la somministrazione dello "spinraza" per la cura dell'atrofia muscolare spinale, una gravissima malattia che colpisce l'apparato neuromuscolare. Inoltre, si è concluso uno studio europeo, a cui il Burlo ha partecipato, che ha permesso di vedere concretizzarsi un ottimo risvolto terapeutico per la cura della mannosidosi alfa, malattia che causa ritardo mentale, miopatia e ipoacusia.

L'attività della SC Oncoematologia pediatrica ha subito una contrazione, dovuta, principalmente, alla difficoltà nel trasferimento dei pazienti da paesi stranieri legate alle misure di controllo della pandemia. È proseguita l'attività di trapianto di midollo osseo su pazienti con patologie oncoematologiche. In particolare, anche nel corso del 2021 sono stati eseguiti n. 10 trapianti allogenici, numero soglia previsto dagli *standard* del Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo per l'attivazione della ricerca di un donatore di Cellule Staminali Emopoietiche non familiare. La ratifica formale del programma trapianti metropolitano del Friuli Venezia Giulia, avvenuta con DGR 1965/2021, dovrà trovare la sua realizzazione sostanziale attraverso atti e protocolli condivisi fra i 5 enti della regione che ne fanno parte.

Il 2021 ha visto il consolidarsi dell'attività di diagnostica di laboratorio svolta dalla Clinica pediatrica nell'ambito dell'immunologia, ematologia e della gastroenterologia pediatrica.

Nel corso dell'anno 2021, si è consolidata l'attività del centro di riferimento per la terapia analgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale, sia per quanto riguarda l'attività clinico assistenziale svolta in sede che quella di supporto, di supervisione clinica e di consulenza all'attività di assistenza domiciliare su tutto il territorio regionale, favorite dalla necessità di trovare soluzioni di assistenza e cura ai pazienti alternative all'ospedale per evitare accessi non indispensabili alle strutture ospedaliere impegnate nel contrasto alla pandemia.

Grande importanza riveste l'attività svolta dai professionisti dell'area pediatrica assieme all'ufficio OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) del Burlo, all'interno di un network regionale e nazionale di pediatri ospedalieri e di famiglia, per la condivisione giornaliera, in tempo reale con mailing list, del numero contagi e la segnalazione eventuali criticità.

Il Burlo è stato individuato, nel 2020, dalla Direzione Centrale Salute quale struttura presso la quale centralizzare i pazienti Covid positivi in età pediatrica della regione FVG che necessitano di ricovero, ordinario, semintensivo o intensivo. Nel corso del 2021 sono stati ricoverati n. 42 bambini (età ≤ 18 anni) con diagnosi correlate al Covid.

L'attività di terapia intensiva neonatale ha registrato un notevole incremento nel periodo ottobre-dicembre a causa dell'aumento di bronchioliti e in particolar modo di bronchioliti da virus respiratorio sinciziale, dato registrato in tutta Italia e oggetto di uno studio in collaborazione con gli ospedali pediatrici di AOPI.

È proseguito nel corso del 2021, il percorso di Unicef teso a proporre argomenti riguardanti la promozione e protezione dell'allattamento e l'alimentazione dei bambini nei primi mille giorni di vita, in un'ottica di promozione della salute di mamma e bambino in quello che si definisce "Percorso Nascita".

Area chirurgica pediatrica

L'attività dell'area chirurgica è ripresa rispetto all'anno 2020, raggiungendo quasi i livelli del 2019, grazie anche alle sedute operatorie aggiuntive, realizzate attraverso l'utilizzo dei finanziamenti statali dedicati all'abbattimento delle liste d'attesa. I risultati sono stati, tuttavia, inferiori alle aspettative a causa, come già detto, della carenza di anestesisti, per cui il numero di sedute chirurgiche programmate giornalmente è risultato costantemente inferiore allo storico. Questo vale in particolare per la SC di ORL e Audiologia che ha accusato una grave riduzione dell'attività di ricovero sia diurno che ordinario, alla quale hanno contribuito da un lato le disdette dei pazienti legate al Covid e, dall'altro, le assenze, anche prolungate, del personale, alle quali non è stato possibile sopperire con nuove assunzioni o prestazioni aggiuntive.

Nel contesto chirurgico vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano di essere sottolineati e che, in linea di massima, hanno mantenuto l'attività, come gli interventi di impianti cocleari e di artrodesi vertebrale, erogati sia a favore di pazienti regionali che extraregionali. In particolare gli interventi di artrodesi hanno superato quelli effettuati nel corso del 2019.

Si svilupperà ulteriormente, nel corso del 2022, l'attività di impiantologia altamente specializzata per curare pazienti affetti da sordità.

Si è consolidata l'attività urologica in età pediatrica, dedicata, in particolare a pazienti con disturbi di continenza e funzione vescicale. Continua l'attività di chirurgia pediatrica specialistica anche nell'ambito delle patologie collegate alle malformazioni intestinali. E', inoltre, ripresa l'attività, ambulatoriale e di ricovero, presso l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, nell'ottica di una progressiva attuazione della rete pediatrica.

La SC Oculistica del Burlo è Centro di Riferimento regionale per l'età pediatrica di alcune malattie rare in campo oftalmologico, garantendo le prestazioni chirurgiche necessarie al loro trattamento.

L'attività di Odontoiatria pubblica è stata garantita dalla SSD di Odontostomatologia, che ha subito ancora delle contrazioni dovute alle misure anti Covid.

Area Ostetrico-Ginecologica

La gestione dell'emergenza pandemica ha richiesto l'individuazione di percorsi e aree dedicati alla gravidanza fisiologica e patologica e ai parti, naturali e cesarei, con un importante sforzo organizzativo.

In base a un accordo con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), l'Istituto risulta la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina.

Relativamente alla gravidanza a rischio e alla diagnosi prenatale è proseguito il percorso di integrazione multidisciplinare. La crescente complessità, insita nel terzo livello di assistenza ostetrica, non influisce sul tasso di tagli cesarei, che, al contrario, mostra un trend in decremento.

Particolare impegno è stato assicurato per mantenere un adeguato collegamento fra ospedale e territorio per le donne in gravidanza, nei percorsi pre e post-natali.

È ripresa l'attività ginecologia (interventi per neoplasie, endometriosi e patologie del pavimento pelvico), anche grazie all'utilizzo del finanziamento statale dedicato, nonché l'attività della Procreazione Medicalmente Assistita, elaborando anche percorsi condivisi con le altre strutture regionali (è stato in particolare condiviso con la PMA dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale il percorso sulla preservazione della fertilità dei pazienti oncologici).

Tabella 1: Sintesi dell'attività di ricovero - per area di assistenza e struttura operativa (periodo gennaio-dicembre 2021). Confronto triennio

TAB 1 - SINTESI ATTIVITÀ DI RICOVERO - PER AREA DI ASSISTENZA E STRUTTURA OPERATIVA															
	DIMISSIONI										TOTALI				
	Day Hospital					Ordinari									
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	3.590	3.218	3.533	315	9,79%	7.499	6.818	6.636	-182	-2,67%	11.089	10.036	10.169	133	1,33%
Area															
Pediatria	1.862	1.553	1.576	23	1,48%	2.636	2.578	2.556	-22	-0,85%	4.498	4.131	4.132	1	0,02%
Chirurgia	1.311	1.120	1.196	76	6,79%	1.595	1.282	1.369	87	6,79%	2.906	2.402	2.565	163	6,79%
Ostetricia Ginecologia	417	545	761	216	39,63%	3.268	2.933	2.601	-332	-11,32%	3.685	3.478	3.362	-116	-3,34%
COVID-19	0	0	0	0	-	0	25	110	85	-	0	25	110	85	-
Strutture complesse															
SC Neonatologia - TIN	56	46	45	-1	-2,17%	245	271	250	-21	-7,75%	301	317	295	-22	-6,94%
SC Neonatologia - Nido	0	0	0	0	-	1.246	1.264	1.255	-9	-0,71%	1.246	1.264	1.255	-9	-0,71%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	0	0	0	0	-	19	16	40	24	150,00%	19	16	40	24	150,00%
SC Neuropsichiatria Infantile	166	108	137	29	26,85%	170	202	208	6	2,97%	336	310	345	35	11,29%
SC U Clinica Pediatrica	1.434	1.225	1.191	-34	-2,78%	664	604	617	13	2,15%	2.098	1.829	1.808	-21	-1,15%
SC Oncematologia	206	174	203	29	16,67%	292	221	186	-35	-15,84%	498	395	389	-6	-1,52%
SC Chirurgia	408	419	467	48	11,46%	353	316	347	31	9,81%	761	735	814	79	10,75%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	377	230	231	1	0,43%	581	385	345	-40	-10,39%	958	615	576	-39	-6,34%
SSD Odontostomatologia	179	136	152	16	11,76%	0	0	0	0	-	179	136	152	16	11,76%
SC Ortopedia e Traumatologia	250	248	251	3	1,21%	547	474	552	78	16,46%	797	722	803	81	11,22%
SC Oculistica	97	87	95	8	9,20%	106	97	117	20	20,62%	203	184	212	28	15,22%
SC U Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia	379	500	719	219	43,80%	1770	1.418	1.000	-418	-29,48%	2.149	1.918	1.719	-199	-10,38%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia	38	45	42	-3	-6,67%	1.498	1.515	1.601	86	5,68%	1.536	1.560	1.643	83	5,32%
SC Anestesia e Rianimazione	0	0	0	0	-	8	10	8	-2	-20,00%	8	10	8	-2	-20,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID-19	0	0	0	-	-	0	5	3	-	-	0	5	3	-	-
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID-19	0	0	0	-	-	0	1	0	-	-	0	1	0	-	-
CLINICA PEDIATRICA COVID-19	0	0	0	-	-	0	2	3	-	-	0	2	3	-	-
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA GIN COVID-19	0	0	0	-	-	0	0	6	-	-	0	0	6	-	-
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA OST COVID-19	0	0	0	-	-	0	11	49	-	-	0	11	49	-	-
SC PEDIATRICA D'URGENZA E PS PEDIATRICO COVID-19	0	0	0	-	-	0	6	49	-	-	0	6	49	-	-

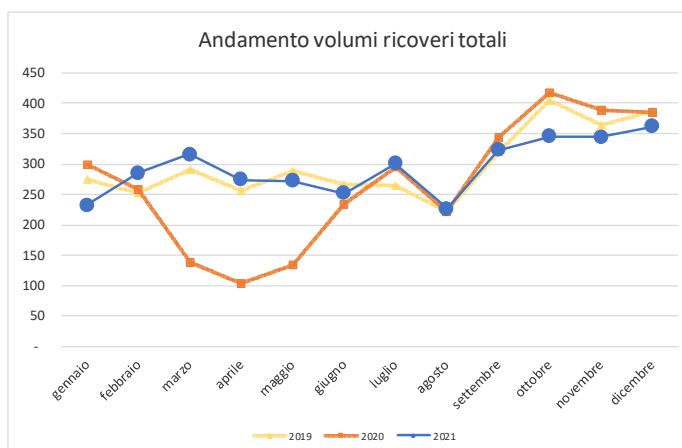
	2019	2020	2021	Δ% 2021/2020
Numero parti totale di cui:	1.371	1.415	1.351	-4,52%
Parti cesarei	256	209	204	-2,39%

NB: Fonte dati SDO portale SISR aggiornamento 16/03/22

La tabella sottostante riporta l'andamento mensile dell'attività di ricovero, evidenziando il progressivo recupero dell'attività, dopo il periodo di forte contrazione registrato nella prima fase della pandemia

Tabella 2: andamento ricoveri gennaio - dicembre. Confronto triennio

VOLUMI				
	2019	2020	2021	Δ
gennaio	274	300	232	-68
febbraio	252	259	285	26
marzo	291	138	316	178
aprile	256	103	274	171
maggio	289	134	272	138
giugno	267	233	252	19
luglio	264	295	301	6
agosto	221	221	226	5
settembre	320	343	323	-20
ottobre	405	418	346	-72
novembre	364	389	344	-45
dicembre	387	385	362	-23
totali	3.590	3.218	3.533	315



I volumi delle prestazioni ambulatoriali delle aree pediatrica e ostetrico ginecologica hanno registrato un incremento non solo rispetto all'anno 2020, ma anche rispetto al 2019. L'offerta di alcune prestazioni è aumentata grazie anche alla possibilità di utilizzare prestazioni aggiuntive, finanziate con i fondi ministeriali, secondo le modalità previste dalla DGR 1036/2021.

Si evidenzia, inoltre, un notevole aumento dell'attività di laboratorio per esterni dovuto alle prestazioni di diagnostica molecolare per la ricerca del SARS-COV2, alla ripresa delle analisi collegate alle malattie sessualmente trasmesse, alle attività di tossicologia forense eseguite in convenzione con ASUGI e al consolidamento di tecniche diagnostiche innovative e avanzate, con particolare riguardo alle così dette tecniche "omiche" (genomica, proteomica, metabolomica, etc.) anche per la diagnosi di malattie ereditarie, oncologiche ed infettive.

Tabella 3: Sintesi dell'attività ambulatoriale - per area di assistenza e struttura operativa

	2019	2020	2021	Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020	Prestazioni per esterni "in esecuzione" 2020	Note
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	176.010	175.710	241.358	65.648	37,36%	0	
Area							
Pediatria	26.379	22.948	29.553	6.605	28,78%	-	
Chirurgia (età pediatrica) (*)	49.045	39.233	47.581	8.348	21,28%	-	
Ostetricia Ginecologia	43.577	40.526	47.242	6.716	16,57%	-	
Area laboratorio	50.361	69.495	109.253	39.758	57,21%	-	
Radiologia	6.648	6.093	7.729	1.636	26,85%	-	
Strutture complesse							
SC Neonatologia - TIN	1.504	1.512	1.665	153	10,12%		
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	15	4	22	18	450,00%		
SC Neuropsichiatria Infantile	6.699	6.037	7.022	985	16,32%		
SC U Clinica Pediatrica (*)	7.072	6.031	8.694	2.663	44,16%		
SS Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.716	1.401	1.905	504	35,97%		
SS Endocrinologia, auxiologia e diabetologia	2.136	1.982	2.443	461	23,26%		
SS Allergologia e trattamento dell'asma	3.020	2.258	3.041	783	34,68%		
SS Cardiologia	3.053	2.716	3.741	1.025	37,74%		
SC Oncematologia	1.164	1.007	1.020	13	1,29%		
SC Chirurgia (*)	3.326	2.202	3.088	886	40,24%		
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	14.270	11.275	15.031	3.756	33,31%		
SSD Odontostomatologia	4.959	5.353	5.888	535	9,99%		
SC Ortopedia e traumatologia	18.382	12.597	15.223	2.626	20,85%		
SC Oculistica	7.692	7.571	8.140	569	7,52%		
SC U Clinica ostetrica e ginecologica	20.660	18.843	22.942	4.099	21,75%		
SSD Gravidanza a rischio	4.031	5.002	5.429	427	8,54%		
SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	11.382	11.381	11.578	197	1,73%		
SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	7.504	5.300	7.293	1.993	37,60%		
SC Anestesia e Rianimazione	416	235	211	-24	-10,21%		
SC Genetica medica	11.563	16.490	27.817	11.327	68,69%		
S.C. R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslationale	28.462	37.233	55.908	18.675	50,16%		valori non certificati a causa della mancanza di reportistica di INSIEL. Il dato è stato calcolato manualmente con il supporto dall'Ufficio prestazioni sanitarie e CUP e del Dipartimento di Diagnostica Avanzata
SSD R Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslationale	10.336	15.772	25.528	9.756	61,86%		
SC R Radiologia pediatrica	6.648	6.093	7.729	1.636	26,85%		

Fonte dati: Cupweb agg. 18/01/2021

*: compresa l'attività erogata a favore presso ASFO e sottoriportata

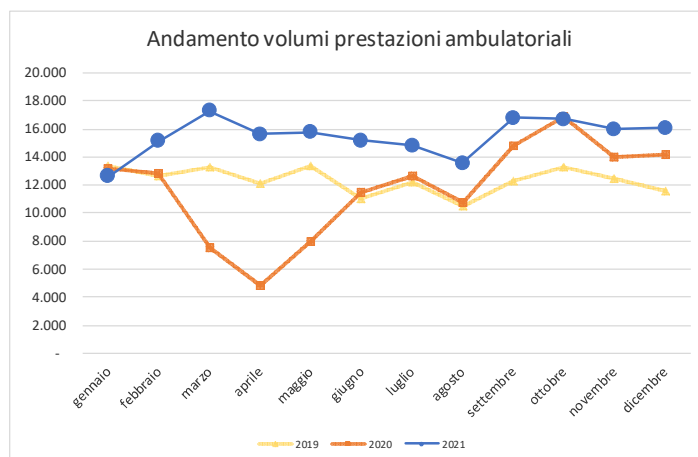
	Burlo Garofolo	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	TOTALE
(*) SC Chirurgia	2965	64	59	3.088
% attività ASS 5 sul totale (volumi)	4%			

	Burlo Garofolo	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	TOTALE
(*) SC U Clinica Pediatrica	8694	0	0	8.694
% attività ASS 5 sul totale (volumi)	0%			

La tabella sottostante riporta l'andamento mensile dell'attività ambulatoriale (al netto dell'attività della SC R laboratorio di diagnostica avanzata traslazionale), evidenziando il progressivo recupero dell'attività, dopo il periodo di forte contrazione registrato nella prima fase della pandemia.

Tabella 4: andamento volumi prestazioni ambulatoriali (al netto della SC R Laboratorio di diagnostica avanzata)

VOLUMI				
	2019	2020	2021	Δ
gennaio	13.323	13.195	12.606	- 589
febbraio	12.654	12.797	15.148	2.351
marzo	13.239	7.533	17.260	9.727
aprile	12.115	4.869	15.628	10.759
maggio	13.366	7.994	15.739	7.745
giugno	11.022	11.452	15.173	3.721
luglio	12.196	12.629	14.803	2.174
agosto	10.465	10.777	13.577	2.800
settembre	12.249	14.775	16.777	2.002
ottobre	13.267	16.841	16.692	- 149
novembre	12.426	14.014	15.983	1.969
dicembre	11.531	14.186	16.064	1.878
totali	147.853	141.062	185.450	44.388



Nel corso del 2022 si prevede un ulteriore incremento dell'attività ambulatoriale grazie anche all'utilizzo dei nuovi spazi presso l'Opera di San Giuseppe, a partire dal secondo semestre 2022, destinati alla riabilitazione, all'Odontostomatologia, all'Oculistica, all'Otorinolaringoiatria e Audiologia. Tali attività che sono state individuate tra quelle che hanno una funzione prevalentemente dedicata all'utenza esterna, così da evitare la duplicazione dei locali e delle attrezzature necessari all'esecuzione delle stesse attività nei pazienti degenti. Ai locali dedicati all'attività sanitaria, saranno affiancate aree dedicate all'accoglienza e all'attesa, ludoteche e servizi igienici, realizzati in un contesto a misura di bambino.

L'Istituto coordina e monitora le attività finalizzate alla diffusione e all'applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio. In particolare nel corso del 2021 è stata presentata alla Direzione Centrale Salute (DCS) una proposta di indicatori di processo e di esito da utilizzare in tutta la regione. L'attività di coordinamento proseguirà anche nel corso del 2022.

Nel corso del 2021, in seguito alla revisione dello stato dell'arte dello screening per l'identificazione precoce della fibrosi cistica (evidenze scientifiche recenti, epidemiologia, dati relativi alla situazione italiana e del FVG, attività di coordinamento regionale) si è deciso di introdurre tale screening in Regione. È stata inviata alla DCS la nota prot. 1189/2022 contenente la proposta per l'implementazione del programma regionale, indicando anche il costo unitario e per il quale si chiede specifico finanziamento.

7 GOVERNANCE: RESPONSABILITA' E RELATIVE DESIGNAZIONI

7.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E DESIGNAZIONI

La Direzione Generale dell'IRCCS Burlo Garofolo, con decreto n. 130 del 21/10/2020, ha confermato, rinnovandone la nomina, Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, già incaricato con decreti n. 107 del 17/09/2018 e 119 del 11/09/2019.

Successivamente, con decreto n. 110 del 21/09/2021, anche tenuto conto del principio di rotazione nell'attribuzione degli incarichi al personale, ha nominato un nuovo RPCT, in linea con le modifiche introdotte dal D.lgs. 97/2016, ai sensi del quale deve concentrarsi necessariamente in un unico soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile della Trasparenza.

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

- nell'ambito dell'**anticorruzione** il RPCT svolge i seguenti compiti:
 - predispone il sistema di prevenzione, elaborando la proposta di piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che viene sottoposta al vertice direzionale per l'adozione, di norma entro il 31 gennaio di ogni anno, e definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
 - vigila sull'attuazione del piano da parte dei destinatari e verifica l'idoneità delle misure di prevenzione; monitora il rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti da parte degli uffici e delle strutture aziendali; monitora i rapporti instaurati tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco; garantisce massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;
- nell'ambito della **trasparenza** il RPCT svolge i seguenti compiti:
 - pianifica le misure di trasparenza e promuove, nell'ambito delle previsioni normative vigenti, l'adozione delle azioni per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, avvalendosi della collaborazione del Gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da rappresentanti delle Strutture coinvolte nei procedimenti e processi interessati dagli adempimenti in tema di trasparenza;
 - monitora l'adempimento degli obblighi di pubblicazione e verifica la qualità dei dati, forniti dai Responsabili delle strutture dell'IRCCS, individuate puntualmente nell'allegato 3, che garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale;
 - assicura, ai sensi dell'art. 43, co.IV, D.Lgs. n. 33/2013, l'accesso civico, curandone il riesame nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta nei termini.

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

- l'integrazione dei compiti e poteri del RPCT con quelli degli organi di indirizzo, che provvedono ad assicurare lo svolgimento del suo incarico con piena autonomia ed effettività;
- la collaborazione con i dirigenti, sia in sede di mappatura dei processi che in fase di stesura del PTPCT e con tutti i dipendenti dell'Istituto;
- la sinergia tra il RPCT e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), al fine di coordinare gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione;
- la consultazione del titolare del trattamento dei dati personali (DG) e del responsabile per la protezione dei dati personali (DPO);
- la collaborazione e l'interlocuzione con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che deve poter svolgere compiutamente la propria attività di vigilanza sulla predisposizione e attuazione delle misure di

prevenzione della corruzione e sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013.

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

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

Il legislatore, stante il difficile compito assegnato al RPCT, ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni prevedendo, anche, l'intervento di ANAC recentemente disciplinato con *"Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione"* adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.

Nella seguente tabella vengono evidenziati gli atti direzionali con i quali sono state individuate, nel tempo, le responsabilità in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione:

Anno	Atto	Nomina
2013	Decreto n. 25 del 18/03/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione
	Decreto n. 67 del 14/06/2013	Responsabile della trasparenza

2014	Decreto n. 63 del 03/07/2014	Responsabile della prevenzione della corruzione
		Responsabile della trasparenza
2015	Decreto n. 90 del 02/09/2015	Responsabile della prevenzione della corruzione
	Decreto n. 87 del 13/08/2015	Responsabile della trasparenza
2016	Decreto n. 78 del 13/09/2016	Proroga degli incarichi attribuiti ai Responsabili aziendali della prevenzione e della corruzione e della trasparenza con decreto n. 87/2015
2017	Decreto n. 134 del 31/10/2017	Proroga degli incarichi aziendali di cui al citato decreto n.78 fino al 31/10/2017. Nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione a far data dal 01.11.2017 ed individuazione del Gruppo tecnico multidisciplinare Anticorruzione e Trasparenza
2018	Decreto n. 69 del 31/05/2018	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Decreto n. 107 del 17/09/2018	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
2019	Decreto n. 119 del 11/09/2019	Rinnovo dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza già attribuito con decreto n.107/2018.
2020	Decreto n. 130 del 21/10/2020	Rinnovo dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza già conferito con decreto n. 107/2018 e rinnovato con provvedimento n. 119/2019.
2021	Decreto n. 23 dd. 21/9/2021	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

I nominativi dei Responsabili della prevenzione corruzione/trasparenza sono stati via via pubblicati nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'IRCCS.

7.2 ALTRI SOGGETTI RESPONSABILI

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

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

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

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

I *soggetti responsabili dei processi aziendali* sono quelli indicati nel decreto n. 153 dd. 28.12.2018, nel registro dei rischi nonché quelli individuati dal Programma della Trasparenza, allegato al presente Piano. Per quanto concerne gli obblighi in tema di **trasparenza**, i Responsabili delle strutture dell'IRCCS, individuate negli allegati al presente Piano, garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito *web* istituzionale.

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

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

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

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

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

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

Ai sensi della normativa vigente, l'OIV:

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

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) è stato costituito con decreto n. 149/2018 presso l'Istituto in composizione monocratica e ne è stata attribuita la titolarità e individuate le responsabilità relativamente alle infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale a decorrere dalla data di adozione del provvedimento. Si è stabilito altresì che il Responsabile dell'Ufficio, per l'assolvimento delle sue funzioni e in relazione all'ambito delle specifiche attività da espletare, potrà avvalersi, in fase istruttoria, di personale del Comparto e/o della Dirigenza individuato di volta in volta a seconda dell'Area di competenza e delle Strutture interessate nel procedimento.

Gli Stakeholder: l'Istituto ascolta le segnalazioni e le proposte di cittadini, fornitori di beni e servizi, associazioni di volontario e del terzo settore, enti ed istituzioni di riferimento, etc ed esercita a sua volta un'attività di sensibilizzazione. Per l'adozione del PTPCT 2022-2024 è stato pubblicato sul sito web aziendale un apposito invito agli stakeholders a formulare proposte/osservazioni. Non sono giunte osservazioni.

7.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI

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

8 SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PTPCT

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 2022-2024, le scadenze di seguito indicate:

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
30/4/2022	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2022-2024	Direttore generale su proposta Responsabile RCPT
31/5/2022	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RCPT
In corso d'anno 2022 con scadenze predefinite nell'allegato Registro dei rischi	Attività previste nell'allegato 1 "Registro dei rischi"	Responsabile del processo (<i>Process owner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i>)
31/07/2022	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo (<i>Process owner</i>)
31/08/2022	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni e le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente ed oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
31/10/2022	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le	Responsabile RPCT + Gruppo

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
	eventuali criticità sorte nell'applicazione delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	multidisciplinare
30/11/2022	Proposta di inserimento nel piano annuale della Formazione 2023 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Responsabile RPCT
30/11/2022	Audit 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	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare + Responsabile del processo (<i>Processowner</i>) + Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2022	Eventuale Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio	Responsabile RCPT + SSD Programmazione e controllo + Ufficio Qualità aziendale
15/12/2022 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
31/01/2023 o altra data definita dall'ANAC	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2023-2025 con aggiornamento del Registro dei rischi	Direttore Generale su proposta Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
28/02/2023 entro un mese dall'adozione PTPCT	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RPCT
In corso d'anno 2023 con scadenze predefinite nel registro dei rischi	Attività previste nel "Registro dei rischi" allegato al nuovo Piano	Responsabile del processo (<i>Processowner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i>)
30/06/2023	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo (<i>Processowner</i>)
31/07/2023	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente ed oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
30/09/2023	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità sorte nell'applicazione delle	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
	misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	
31/10/2023	Proposta di inserimento nel piano annuale della Formazione 2024 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Responsabile RPCT
31/10/2023	<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	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare + Responsabile del processo (<i>Processowner</i>) + Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2023	Eventuale Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio	Responsabile RCPT + SSD Programmazione e controllo + Ufficio Qualità aziendale
15/12/2023 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'OIV	Responsabile RPCT
31/01/2024 o altra data definita dall'ANAC	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2024-2026 con aggiornamento del Registro dei rischi	Direttore Generale su proposta Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
28/02/2024 entro un mese dall'adozione PTPCT	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RPCT
In corso d'anno 2024 con scadenze predefinite nel registro dei rischi	Attività previste nel "Registro dei rischi" allegato al nuovo Piano	Responsabile del processo (<i>Processowner</i> : in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo)
30/06/2024	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo (<i>Processowner</i>)
31/07/2024	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente e oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
30/09/2024	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità insorte nell'applicazione	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
	delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	
31/10/2024	Proposta di inserimento nel piano annuale della Formazione 2025 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Responsabile RPCT
31/10/2024	<i>Audit di verifica su:</i> - 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	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare + Responsabile del processo (<i>Processowner</i>) + Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2024	Eventuale Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio	Responsabile RCPT + SSD Programmazione e controllo + Ufficio Qualità aziendale
15/12/2024 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'OIV	Responsabile RPCT

9 GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

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.

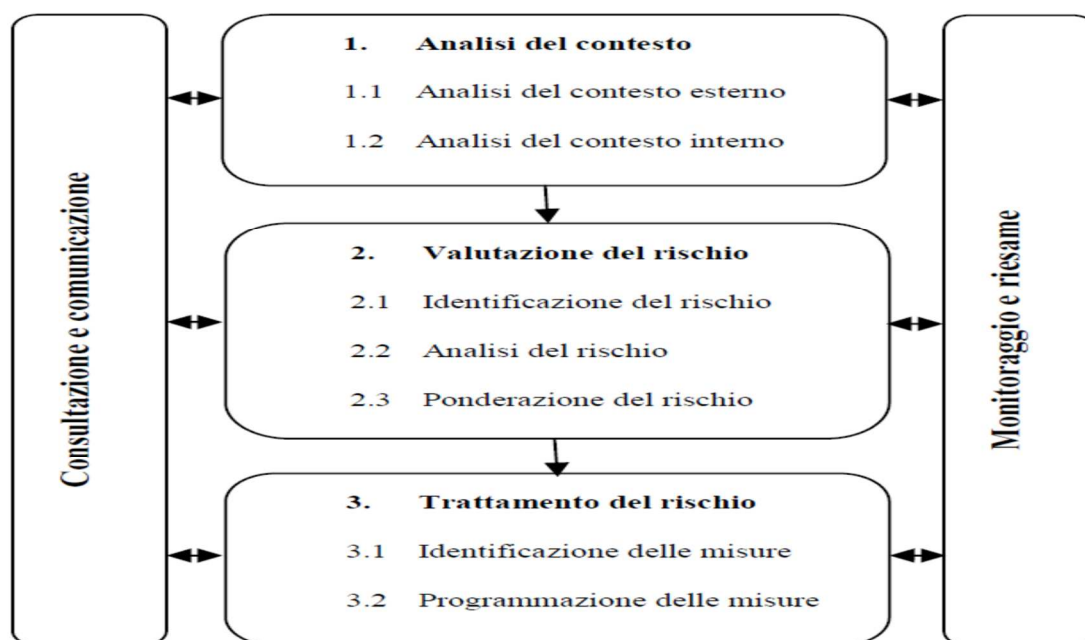
Nel corso del 2019 è avvenuto il rinnovo della certificazione di qualità della Direzione Amministrativa e delle altre Strutture già precedentemente certificate e, nel 2020-2021, sono state effettuate le necessarie azioni in

vista dell'ulteriore conferma, nonché l'estensione della certificazione ad altre articolazioni organizzative dell'Istituto, nell'ottica di un continuo miglioramento.

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

Il PNA 2019 sviluppa ed aggiorna 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.

Il PNA 2019 prevede che il processo di gestione del rischio si articoli nelle seguenti fasi:



9.1 MAPPATURA DI PROCESSI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE – REGISTRO DEGLI EVENTI RISCHIOSI

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

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

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

Infatti, già in sede di *audit*, effettuato nel mese di novembre 2019 come da cronoprogramma del PTPCT 2019-2021, sono emerse alcune esigenze di implementazione e/o di eliminazione di specifiche fasi e/o attività correlate ai processi mappati che, dopo valutazione e condivisione con il Gruppo multidisciplinare, hanno indotto una significativa rimodulazione del Registro dei rischi nei termini espressi nell'allegato 1 al Piano 2020-2022.

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

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

Va detto, altresì, che nel corso degli anni 2020-2021 sono stati evidenziati alcuni nuovi processi concernenti le tematiche della gestione della privacy, dei farmaci e della diagnostica di laboratorio che verranno recepiti, auspicabilmente nell'anno 2022, nell'elenco dei "processi aziendali e dei relativi *process owner*" per poi essere inseriti nel Registro degli eventi a rischio corruttivo.

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

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

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

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

Detta modalità di valutazione del rischio è stata rivista agli inizi del 2022 attraverso un'interlocuzione con i *process owner* avviata con nota prot. n. 364 dd. 3.3.2022, in coerenza con quanto definito nel PNA 2019, allegato n. 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", secondo quanto meglio esplicitato al paragrafo 9.2.

9.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO: MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

Il processo di gestione del rischio richiede l'utilizzo di meccanismi di partecipazione e consultazione ed in particolare il coinvolgimento e l'intervento diretto dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza; esso ha

comunque carattere di progressivo e continuo perfezionamento e adeguamento alle esigenze, ai mutamenti organizzativi e programmatori e ai suggerimenti dell'esperienza.

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

Il PNA 2013 e l'Aggiornamento 2015 al PNA avevano fornito una serie di indicazioni ai sensi della legge 190/2012, indicazioni che il suddetto allegato metodologico ha integrato e aggiornato, alla luce dei principali standard internazionali di risk management, tenendo conto delle precedenti esperienze di attuazione dei PNA e delle osservazioni pervenute.

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

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

Va evidenziata, in tale contesto, l'opportunità di lavorare a un'integrazione tra l'attività di valutazione del rischio di cui al presente Piano e l'analisi dei rischi dei processi gestita attraverso la piattaforma online PROSA Exprit e menzionata al §6.3.2.3 "Autorizzazione e accreditamento istituzionali della Regione Friuli Venezia Giulia e accreditamento all'eccellenza".

In questa fase di transizione dalla metodologia precedente di redazione del piano e di mappatura del rischio corruttivo alla nuova metodologia per la valutazione del livello di rischio, si è utilizzata la scheda di cui all'allegato n. 2 al presente piano, in cui sono stati esplicitati n. 5 indicatori:

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

Individuati gli indicatori di stima, è necessario **rilevare i dati e le informazioni** necessarie per esprimere un giudizio motivato che ha portato alla scelta degli indicatori e alla relativa valutazione. Le informazioni (es: dati su precedenti giudiziari/disciplinari a carico dei dipendenti, segnalazioni pervenute di whistleblowing o reclami, rassegne stampa, esiti di controlli interni ed esterni, esiti monitoraggi RPCT, customer satisfaction etc..) vengono rilevate in forma di autovalutazione del dirigente a capo del processo interessato (self assessment). Le valutazioni scelte sono basate su dati oggettivi, salvo loro indisponibilità. Il RPCT vaglia le valutazioni dei responsabili per analizzarne la ragionevolezza ed evitare una sottostima del rischio, utilizzando il criterio generale della prudenza nei casi dubbi.

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

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

Per ciascun processo viene quindi compilata, a cura del process owner e successivamente vagliata dal RPCT, una scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio secondo lo schema di cui all'allegato n. 2.

9.3 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. In particolare, per quanto d'interesse, nel Registro (Allegato 1 al presente Piano) vengono elencati i seguenti processi:

A) processi associati ad aree generali di rischio:

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

B) processi associati ad aree specifiche di rischio:

- Attività libero professionale: processo n.5
- Liste d'attesa: complessivamente n. 3 processi ossia quelli identificati con nn. 9, 10, 11, articolati in più fasi
- Dispositivi e altre tecnologie – Sperimentazioni cliniche: processo n. 19

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

➤ Prima area:

- Gestione del magazzino: processo n. 4
- Gestione progetti di ricerca: processo n. 12

➤ Seconda area:

- Rimborsi diversi: processo n.18

➤ Terza area:

- Formazione personale: processo n. 21, articolato in più fasi
- Gestione della qualità ed accreditamento: processo n.25
- Tutela del cittadino: processo n.31

➤ Quarta area:

- Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN: processo n. 7, articolato in più fasi
- Prestazioni ambulatoriali a pagamento o ALPI: processo n. 8, articolato in più fasi.

Dei 31 processi originariamente mappati sono stati già stralciati dal Registro degli eventi rischiosi, allegato al PTPCT 2020-2022, i processi n. 24 e n. 26 perché per due annualità consecutive hanno mantenuto un livello di basso di rischio.

Per la medesima motivazione vengono stralciati nel presente piano il processo n. 25 (rimodulato) e il n. 30. L'ultima fase del processo n. 28 è stata espunta causa subentrate modifiche organizzative che la rendono non più attuale.

9.4 PREVISIONE DELLE AREE GENERALI E MISURE ADOTTATE

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

- **contratti pubblici:** le strutture che si occupano di acquisti - SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti e SC Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale - hanno adottato idonee procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi inseriti nel Registro degli eventi rischiosi e identificati con nn. 1,2,3,4 per la prima struttura e n. 22 per la seconda. L'attuazione delle misure e la loro idoneità sono state verificate in sede di *audit* come da verbale del 15.11.2021, prot.n. 1964/2021, agli atti.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del d.lgs. 50/2016, ai sensi del quale le procedure a evidenza pubblica sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione, le competenti strutture utilizzano il portale Acquisti in rete PA (MEPA) e la piattaforma telematica e-AppaltiFVG quale sistema e-procurement della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, nell'osservanza del Codice degli Appalti, delle Linee Guida ANAC e di ogni altra normativa vigente applicabile.

Nell'ambito dell'affidamento di appalti di servizi, lavori e forniture, ai sensi del d.lgs. 50/2016 ("codice appalti") e ss.mm., è sancito il rispetto del principio di rotazione degli inviti ai fini dell'affidamento degli appalti sottosoglia, in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese. In osservanza di detto principio la SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti tende a non invitare nelle procedure negoziate di cui all'art. 36 del D.Lgs 50/2016 il precedente affidatario, laddove il mercato lo consenta e non ci si trovi di fronte ad esclusività accertate di prodotti e/o fornitori, tenuto conto delle ipotesi di derogabilità riportate dalle Linee Guida n. 4 dell'ANAC.

Come già evidenziato, con decreto n. 53/2022 è stato adottato il Regolamento per gli affidamenti sotto soglia.

Per quanto concerne il calcolo dei compensi professionali dei servizi professionali di architettura e ingegneria, vengono rispettati i parametri stabiliti dal D.M. 17 giugno 2016.

- **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 (cfr. verbale del 18.11.2021 prot. n. 1964/2021 agli atti).
- a) **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.

- b) **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 sistema denominato JOBTIME della società GPI. Contestualmente, anche l'applicativo Self Service del Dipendente (SSD) è stato sostituito da un nuovo software "Portale del dipendente". Alla data di redazione del presente piano il citato nuovo portale è in fase di assestamento con l'obiettivo di rendere le medesime funzionalità garantite dal sistema precedente.

- **gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio:** la SC Gestione Economico Finanziaria ha adottato procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi nn. 13, 14, 16, 17 del Registro degli eventi rischiosi e verificati in sede di audit come da verbale del 23.11.2021, prot.1964 dd. 13.12.21, agli atti. 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. Nel corso del 2022, da cronoprogramma a luglio, le due aziende pilota (ASUGI ed ARCS) avvieranno la sperimentazione del nuovo sistema.

- **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 come da verbale del 18.11.2021, prot.1964, 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 come da verbale del 18.11.2021, prot.1964/2021, agli atti.

L'Istituto, con decreto n. 108 del 7 dicembre 2016, ha adottato il "Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali" al fine di dare attuazione all'Atto Aziendale vigente, approvato con decreto n. 100/2016.

Rilevato, però, che il Regolamento adottato nel 2016 non aveva potuto contemplare l'individuazione, la graduazione, la valorizzazione ed attribuzione degli incarichi relativi alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, l'Istituto ha preso atto che in data 19 dicembre 2019 è stato firmato il CCNL dell'Area Sanità triennio 2016-2018 il quale ha stabilito che, nella nuova area di contrattazione, oltre alla dirigenza medica e sanitaria, è confluita anche la dirigenza delle professioni sanitarie precedentemente regolamentata dai CCNL dell'area III. Alla luce di quanto sopra esplicitato, l'IRCCS con successivo decreto n. 50 del 26.05.2021 rubricato "Integrazione del - Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali- adottato con decreto del Direttore Generale n. 108 del 07.12.2016." ha ridefinito i parametri organizzativi e gestionali degli incarichi, i corrispondenti livelli di graduazione, la conseguente valorizzazione nonché le modalità per il conferimento degli incarichi stessi secondo quanto stabilito dalla legislazione vigente e dai CCNL.

Con decreto n. 110/2016, è stato approvato il documento denominato "Individuazione e graduazione delle Strutture Semplici e degli incarichi dirigenziali dell'IRCCS Burlo Garofolo", modificato e integrato con successivi decreti n. 113/2017, n. 130/2017, n. 146/2017, n. 101/2018, n. 84/2019, n. 113/2019 e n. 129/2019.

Come nel 2020, anche nel corso del 2021 si è reso necessario provvedere alla copertura di nuovi incarichi con i principi contenuti nel Regolamento suddetto. Il conferimento di tutti gli incarichi dell'IRCCS ha avuto sempre carattere progressivo e graduale e, in analogia agli anni precedenti, anche nel 2021 si è provveduto ad attivare le procedure di selezione per il conferimento degli incarichi d'interesse, pubblicando appositi bandi interni ex art. 10 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. 10 del Regolamento succitato, è inoltre prevista una valutazione comparata dei curricula dei Dirigenti, che hanno presentato domanda, da parte del Responsabile della struttura complessa o semplice dipartimentale cui afferisce l'incarico a selezione; agli atti della SSD Politiche del Personale sono conservate le note con cui i Responsabili delle Strutture hanno attestato l'avvenuta ricezione delle candidature e con le medesime, sentita la Direzione Sanitaria, hanno proposto l'affidamento dell'incarico professionale ai dirigenti ritenuti idonei all'espletamento delle funzioni d'interesse.

- **affari legali e contenzioso:** la SC Affari Generali e Legali ha adottato da tempo procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nel processo n. 20, articolato in più fasi, del Registro dei rischi 2020 e verificato in sede di audit (cfr. processo verbale del 13.12.2021, prot.n. 1964, agli atti).

- Per l'affidamento di incarichi di patrocinio legale, proceduralizzato con atto *sub* pro-aff-gen n. 12 prot. 9495/2016, 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 (pro-aff-gen n. 07 prot. 1542/2019). 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.

9.5 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 (prot.n. 5745 dd. 10.07.2018) munita di idonei indicatori di prevenzione della corruzione. L'osservanza della procedura è stata verificata in sede di audit come da verbale del 13.12.2021, prot.n. 1964, agli atti. Nel corso dell'anno 2022 auspicabilmente si provvederà all'aggiornamento dei testi (regolamentare e procedurale) in osservanza delle linee generali di indirizzo adottate, in applicazione dell'art. 6 CCNL dell'area sanità sottoscritto il 19 dicembre 2019, dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia con delibera giunta n. 1765 dd. 19.11.2021.
- 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. L'osservanza della procedura è stata verificata in sede di audit come da verbale del 11.11.2021, prot.n. 1964/2021, agli atti.
- **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 come documentato nel verbale prot.n. 1964/2021, agli atti.

Nel 2018 è stato adottato il Regolamento per la disciplina delle sponsorizzazioni (prot. 1581 dd.23.02.2018) che norma le modalità di ricerca e gestione delle sponsorizzazioni a garanzia delle strategie aziendali. Il testo regolamentare è stato aggiornato nel 2020 nei termini di cui alla bozza allegata alla nota prot. gen.int.n. 1455 dd. 24.08.2020.

Con decreto n. 194 dd. 31.12.2019 è stato approvato il Regolamento per la disciplina dell'informazione tecnico-scientifica nell'ambito dell'IRCCS Burlo Garofolo. Il testo regolamentare è stato elaborato in attuazione di quanto previsto *sub* punto 3.3.7 dell'allegato alla DGR n. 448 dd. 22.03.2019, recante l'approvazione in via definitiva delle "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019". Scopo del Regolamento è quello di presidiare i processi sottesi alla formazione, all'informazione ed all'aggiornamento scientifico del proprio personale al fine di assicurare che gli stessi siano rivolti al miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, all'appropriatezza ed all'uso razionale del farmaco, dei dispositivi e dei prodotti dietetici, nel rispetto delle prescrizioni contenute nei Codici Deontologici professionali, ed all'assenza del conflitto d'interessi tra i rappresentanti delle pubbliche amministrazioni ed i rappresentanti delle aziende private. Le "Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020", approvate con DGR n.2195/2019, hanno previsto che, nel corso dell'anno 2020, venisse data progressiva attuazione alle previsioni regolamentari adottate nel 2019, condividendone la finalità con tutti gli operatori interessati dell'IRCCS. L'attuazione è stata demandata alla Direzione Sanitaria ed alla SSD Farmacia.

- **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 EGAS, oggi ARCS- presso i servizi cimiteriali comunali e del servizio di anatomia patologica dell'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, già Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, ove necessario.

Come già specificato, sono escluse dalle previsioni del presente piano tutte le attività per cui l'IRCCS, al pari delle altre Aziende del SSR, si avvale, ai sensi della L.R. n. 27 dd. 17.12.2018, dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), già Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS).

9.6 PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI

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

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

- Formazione
- Patti d'integrità
- Rotazione straordinaria

9.6.1 IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

In ossequio al DPR n. 62/2013, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/01", è stato adottato all'interno dell'Istituto, con decreto n. 73/2014 dd. 11/08/2014, il Codice di comportamento che rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Compete al Responsabile di ogni articolazione aziendale garantirne la massima diffusione e conoscenza nonché la vigilanza sull'applicazione. Al dipendente, in particolare, compete il rispetto delle prescrizioni contenute nel PTPCT e prestare la propria collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Codice di comportamento verrà aggiornato auspicabilmente nel 2022, per quanto di specifico interesse, alla luce delle Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche approvate con delibera ANAC n. 177 dd. 19 febbraio 2020.

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.

9.6.2 LA ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

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

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

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

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

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

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

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

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

In base alla complessità dei processi, all'entità delle risorse attribuite e alla valenza strategica sono gestite da un Dirigente o da un titolare di incarico di funzione appartenenti alle professioni sanitarie o tecniche. Al riguardo si segnala che, nel corso dell'anno 2020, è stata data attuazione al nuovo CCNL 2016_2018 del personale del comparto nella parte in cui prevedeva l'introduzione degli incarichi di funzione in sostituzione di quelli di P.O. e di coordinamento.

L'Istituto, quindi, a partire dal 2016 ha approvato una serie di atti regolamentari per oggettivizzare il conferimento degli incarichi:

- con decreto n. 108/2016 è stato approvato il "regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali" e con decreto n. 110/2016 sono stati individuati gli incarichi dirigenziali. Detta regolamentazione è stata successivamente modificata ed integrata con decreti n. 113/2017, n. 130/2017, n. 146/2017, n. 101/2018, n. 84/2019, n. 113/2019 e n. 129/2019;
- con decreto 52 del 6 maggio 2020 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina degli incarichi di funzione del personale del comparto sanità";
- con decreto 60 del 28 maggio 2020 è stato formalizzato l'atto rubricato "Definizione dei criteri degli incarichi di funzione e individuazione degli incarichi di funzione dell'IRCCS Burlo Garofolo ai sensi dall'art. 14 e ss. del CCNL relativo al personale del comparto sanità triennio 2016-2018".

In applicazione dell'art. 4 del predetto Regolamento, al fine di procedere all'attribuzione scalare degli incarichi di funzione, sono state banditi i relativi avvisi interni ed entro il 31/12/2020 sono stati attribuiti 20 incarichi funzione di organizzazione e 1 incarico professionale.

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 partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- ✓ nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate il rafforzamento di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali;
- ✓ una articolazione dei compiti e delle competenze che consenta di evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo al medesimo soggetto finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti; nelle aree a rischio, affidamento, ove possibile, delle varie fasi procedurali a soggetti diversi, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale;

- ✓ eventuale programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità, ove il numero dei dipendenti presenti lo consenta.

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

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

Si evidenzia la raccomandazione del Presidente dell'ANAC dd. 21.10.2021 inerente la misura della rotazione del personale applicata alla sanità. Nella predetta raccomandazione viene richiamata la necessità di individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura di quelli apicali e più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale. Per il personale medico, le posizioni di maggiore criticità si ritengono essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse, a valenza dipartimentale e dipartimenti. L'ANAC raccomanda quindi di applicare il principio di rotazione nell'attribuzione degli incarichi di direzione di dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) ai responsabili di struttura complessa ivi incardinata. Analogamente nell'ambito degli incarichi relativi ad alcune professioni sanitarie, come farmacisti e professioni infermieristiche. Nel corso del 2022 sarà auspicabilmente effettuata una mappatura degli incarichi dell'Istituto e una valutazione aggiornata dei margini di applicazione del principio di rotazione secondo le predette indicazioni.

9.6.3 OBBLIGO DI ASTENSIONE/CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

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

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

che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione.”

Lo stesso art. 42 prevede, quindi, che “Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico”. “Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici”; “La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati”.

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

9.6.4 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 2022 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.

9.6.4.1 *Formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione*

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

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

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

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

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

Il PNA 2019 prevede che ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, le pubbliche amministrazioni siano tenute a prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative del "modello 231", le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

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

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

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

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

9.6.5 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 2022 verrà data applicazione al Regolamento interno contenente i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-impiego ai sensi dell'art. 53, comma 5 del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm., approvato con decreto n. 3 del 24/1/2017. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione da applicare per il rilascio/presa d'atto dell'autorizzazione/comunicazione, le fattispecie soggette solo a comunicazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, le sanzioni e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione rispetto a quanto innovato dalla L. 190/12 e ss.mm..

Inoltre l'Istituto, per le attività di acquisizione quale stazione appaltante, richiede a tutte le ditte partecipanti alle procedure di gara una dichiarazione, resa nelle forme di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm., attestante l'impegno a fornire i nominativi dei titolari di cariche, dei soci e del proprio personale per il controllo di cui all'art. 1, comma 9, punto e), della Legge 190/2012. Viene prevalentemente utilizzato il modulo DGUE (documento di gara unico europeo) oppure un modulo più snello per affidamenti di basso importo. È ricompresa la dichiarazione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi a soggetti, ex dipendenti dell'IRCCS Burlo Garofolo, che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali (in qualità di dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento, ecc.) relativamente all'oggetto della procedura di gara, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ente.

9.6.6 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 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) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione con la dicitura RISERVATA PERSONALE.

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

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

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

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

Con delibera n. 469 dd. 9.6.2021 l'ANAC ha adottato le 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*)". Nel corso del 2022 la procedura dell'Istituto verrà auspicabilmente rivalutata in considerazione delle nuove disposizioni ed eventualmente adeguata alle stesse. Va altresì evidenziato che l'anno in corso sarà decisivo ai fini del recepimento da parte dell'ordinamento italiano della direttiva UE 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione. L'iter prevede che il Governo adotti un decreto legislativo su delega del Parlamento, modificando il quadro regolatorio della L. 179/2019.

9.6.7 FORMAZIONE

L'attività formativa erogata nel 2020, nella forma della "formazione sul campo", ha privilegiato un approccio trasversale di analisi dei rischi all'interno dell'organizzazione al fine di sensibilizzare i responsabili sulla necessità di individuazione di idonee misure di prevenzione. In particolare, durante gli audit del mese di ottobre 2020, sono state affrontate, con la compagine di ogni singola struttura interessata, le argomentazioni utili per la mappatura dei rischi e le relative modalità di valutazione dei rischi correlati.

Per favorire la tracciatura delle operazioni, prodromiche all'adozione del Piano Annuale della Formazione, a partire dall'esercizio 2020, è stato ideato e utilizzato un questionario che consente l'invio informatizzato dei fabbisogni formativi all'Ufficio preposto. I risultati degli invii, esportabili in formato excel, sono predisposti per essere analizzati al fine di renderli coerenti con le linee di gestione regionali e ministeriali.

Alla fine del primo semestre 2019, la Regione FVG ha avanzato la proposta di organizzare un confronto con tutti i RPCT e i centri di formazione aziendale al fine di discutere l'opportunità di organizzare un programma formativo la cui struttura principale avesse le stesse caratteristiche, da integrare con alcuni contenuti specifici delle singole aziende. Concordata questa linea è stato individuato un gruppo di lavoro ristretto coordinato dalla Direzione centrale salute, i cui componenti sono stati individuati dal gruppo allargato, che ha sviluppato due ambiti formativi:

- 1- uno dedicato ai responsabili anticorruzione e trasparenza e ai loro collaboratori, con contenuti molto specifici;
- 2- uno dedicato a tutti i servizi e articolazioni aziendali coinvolti nella tematica con contenuti più trasversali.

Il gruppo allargato ed i referenti della DCS hanno concordato sull'organizzazione proposta che avrebbe dovuto svilupparsi ed attuarsi nel corso del 2020, dopo l'acquisizione da parte di ARCS dei due pacchetti formativi.

Lo stato emergenziale che ha caratterizzato l'intera annualità 2020 e 2021 non ha consentito l'attivazione dei corsi come auspicato. E' stata programmata per l'anno 2022 la formazione in materia di anticorruzione e trasparenza da estendere a tutto il personale dell'Istituto, come da cronoprogramma del PTPCT 2021-2023.

Con decreto n. 46 dd. 31.3.2022 è stato adottato il Piano per la formazione 2022.

Nei primi mesi del 2022 l'Istituto ha aderito al progetto formativo regionale, segnalando i nominativi dei primi n. 150 dipendenti per il corso FAD "La prevenzione della corruzione nelle aziende sanitarie". Il corso rientra nella formazione obbligatoria ex-lege e dovrà essere completato entro il 30 giugno 2022. Nell'arco di un triennio si prevede di estendere la formazione a tutto il personale dell'Istituto.

Si sottolinea come l'Istituto consideri la formazione continua una risorsa fondamentale per il governo aziendale e un incentivo in grado di supportare i cambiamenti organizzativi richiesti dalle politiche sanitarie. Lo stesso Centro Attività Formative, di staff che afferisce direttamente alla Direzione generale, ha ottenuto la qualifica di Provider ECM regionale autorizzato e accreditato dal 30.05.2016, confermato con decreto regionale del 31.07.2018. Tale accreditamento riconosce all'IRCCS Burlo Garofolo la responsabilità di tutto il percorso formativo: dall'ideazione, alla coerenza con gli obiettivi strategici aziendali, alla pianificazione e realizzazione degli eventi fino al rilascio degli attestati finali con il riconoscimento dei crediti ECM che tutti i professionisti sanitari devono acquisire ogni anno. Dal 08.03.2018 il Centro Attività Formative è certificato UNI EN ISO 9001:2015 (cfr. Bilancio di mandato 2015-2018). Per il biennio 2020/2021 il Centro ha proposto alla direzione strategica l'acquisizione di una nuova certificazione, la ISO 21001, norma specifica per i fornitori di servizi per l'apprendimento nell'istruzione e nella formazione; le visite per l'ottenimento della certificazione sono state fissate il 23.5.2022 e 26.5.2022.

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

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

lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

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

9.6.9 PATTO DI INTEGRITÀ

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6.10 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.

9.7 PREVISIONE DELLE MISURE SPECIFICHE

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale sui rischi individuati in fase di valutazione del rischio, sono esplicitate nel Registro degli eventi rischiosi allegato al PTPCT e si caratterizzano per l'incidenza su aspetti problematici specifici.

Tra le numerose tipologie di misure specifiche l'IRCCS ha identificato le seguenti:

- a) MISURE DI CONTROLLO volte a verificare il numero di controlli effettuati su un numero di pratiche /provvedimenti:
 - la misura può essere declinata differentemente a secondo dei soggetti coinvolti nell'attività (ad es. duplice valutazione istruttoria del dirigente e funzionario preposto o la previsione di più funzionari per lo svolgimento delle attività interessate -firma di più funzionari-);
 - l'indicatore di attuazione può essere formulato diversamente a seconda del tipo di attività istruttoria svolta: percentuale delle richieste/istanze valutate congiuntamente dal dirigente e dal funzionario, sul totale delle richieste/istanze pervenute o percentuale dei verbali a firma di più funzionari sul totale di quelli redatti.
- b) MISURE DI TRASPARENZA volte a verificare la presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione. Un esempio può essere:
 - la condivisione, attraverso risorse di rete, della documentazione relativa alle attività in corso con il relativo indicatore: numero di documentazione inserita nel sistema di rete rispetto al numero di documentazione totale inerente all'attività;

- c) MISURE DI REGOLAMENTAZIONE volte a verificare l'adozione di un determinato regolamento/procedura:
- la misura può essere declinata differentemente in ragione del profilo e/o della circostanza su cui si focalizza l'attenzione (ad es. rispetto dei termini procedurali previsti dalla normativa o dal regolamento di settore; rispetto delle previsioni e dei criteri indicati dalla normativa o dal regolamento di settore);
 - l'indicatore di attuazione può essere formulato diversamente a seconda dell'elemento sul quale si vuole focalizzare l'attenzione (ad es. percentuale delle istruttorie che rispettano termini procedurali sul totale delle istruttorie avviate; percentuale delle istruttorie che rispettano le previsioni ed i criteri contenuti nella normativa o nel regolamento sul totale delle istruttorie avviate);
- d) MISURE DI SEMPLIFICAZIONE O DI ORGANIZZAZIONE DI PROCESSO volte a verificare la presenza o meno di documentazione o di dispositivi che sistematizzino e semplifichino i processi. Alcuni esempi sono:
- la stesura di linee guida/regolamenti/procedure per l'elaborazione dei dati e per la standardizzazione dell'esame dei singoli casi con il relativo indicatore: approvazione delle linee guida regolamenti/procedure;
 - l'informatizzazione del processo istruttorio con il relativo indicatore: numero dei processi informatizzati su numero dei processi per i quali è stata prevista l'informatizzazione;
 - l'utilizzo di un gestionale per il monitoraggio delle attività dell'Ufficio con il relativo indicatore (es. percentuale delle istruttorie svolte usando un sistema di gestione informatizzato sul totale delle istruttorie avviate).

Tali misure specifiche sono state associate ai processi e alle singole fasi o attività ricomprese nei processi mappati nell'unito Registro degli eventi dannosi e, in caso di più fasi per processo, si è operata la scelta di valorizzare solo la misura specifica più significativa

In particolare sono state identificate:

- n. 7 misure di controllo associate ai seguenti processi: nn. 4, 6, 7, 8, 12, 18, 29
- n. 11 misure di trasparenza associate ai seguenti processi: nn. 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 30, 31
- n.6 misure di regolamentazione associate ai seguenti processi: nn. 2, 5, 19, 22, 23, 28
- n.5 misure di semplificazione associate ai seguenti processi: nn. 1, 3, 9, 10, 11.

9.8 VERIFICA DELLA CORRETTA APPLICAZIONE: DELLE MISURE E DELL'IDONEITÀ DELLE STESSE

È l'analisi dei fattori abilitanti degli eventi corruttivi ovvero dei fattori di contesto -che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione (molteplici e/o in combinazione tra loro)- che consente di individuare le misure di trattamento più efficaci intese come azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire rischi e quindi ridurre l'esposizione al rischio corruzione.

Alcuni esempi di fattori abilitanti diffusi nelle pubbliche amministrazioni sono: la scarsa responsabilizzazione interna, l'inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi, l'eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento e la mancanza di trasparenza e non ultimo l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto

È opportuno precisare che l'attuazione delle misure di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio residuo -ovvero quello che rimane dopo che le misure di prevenzione generali e specifiche sono state attuate - ad un livello quanto più prossimo allo zero, sempre garantendo il principio di sostenibilità economica ed organizzativa delle stesse azioni, evitando pertanto di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di nuovi controlli.

Il monitoraggio sull'osservanza delle misure di prevenzione del rischio viene effettuato in sede di autovalutazione dai referenti dei singoli processi individuati nel Registro degli eventi rischiosi (primo livello) e poi dal RPCT in sede di audit (secondo livello) come da cronoprogramma di cui al paragrafo 8 del presente Piano.

Il monitoraggio che contempli anche la valutazione dell'idoneità delle misure intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo secondo il principio guida della effettività appartiene al RPCT coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dalle Strutture organizzative deputate all'attività di valutazione della performance ed a quelle di vigilanza ed audit interno.

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra i quali a titolo esemplificativo una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa. Ad una rilevata inidoneità dovrà seguire una ridefinizione delle modalità del trattamento di rischio.

Si ricorda che qualsiasi non conformità rilevata in tema di lotta alla corruzione e ottemperanza agli obblighi di pubblicazione deve essere segnalata attraverso il Registro integrato delle anomalie, che consente di trattarla efficacemente, in base al suo grado di gravità.

9.8.1 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.

9.8.2 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 8.

9.8.3 VERIFICA DA PARTE DI ENTI ESTERNI

La correttezza e conformità dei contenuti anche per la sezione Amministrazione trasparente sono sottoposti a verifica da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Quest'ultimo si avvaleva della cosiddetta "Bussola della trasparenza" quale strumento di diagnosi automatica dei siti web, ora in dismissione. Tale strumento era reperibile on line sul sito www.magellanopa.it e consentiva sedute di autovalutazione utili a orientare i cambiamenti al fine di rendere la sezione conforme alla normativa. Il Dipartimento della funzione pubblica aveva ideato il servizio per agevolare le attività di controllo delle pubbliche amministrazioni.

I dati dell'ultima rilevazione effettuata in data 09/02/2020 sono rimasti a disposizione per i primi mesi del 2020.

Ad oggi tali competenze, incluso il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, sono attribuite all'ANAC che, attraverso la Piattaforma di acquisizione e monitoraggio dei dati relativi ai Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, a iniziare da Piano 2020-2022, può raccogliere, in maniera sistematica, le informazioni che riguardano la definizione dei piani, la programmazione delle misure in esso contenute e la loro attuazione. Attraverso l'acquisizione di tali dati e informazioni l'Autorità ha la possibilità di ottenere un feedback completo sullo stato dell'arte dell'attuazione da parte delle amministrazioni pubbliche della normativa anticorruzione dedicata (legge n.190 del 202 e ss.mm. e Delibera ANAC n.1134/2017).

Il PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019) non ha esplicitato in maniera univoca l'obbligatorietà di procedere alla registrazione ed all'inserimento dei dati relativi ai Piani. Tuttavia, alla luce del richiamo, quale base giuridica della Piattaforma, del comma 8, dell'art. 1, della legge 190/2012 e ss.mm., che prevede la trasmissione del PTPCT ad ANAC, si può ritenere che la Piattaforma online sia la modalità per adempiere a tale previsione normativa. A sostegno di tale interpretazione si osserva come l'allegato 1 al PNA 2019 specifica che i RPCT "sono tenuti a registrarsi ed accreditarsi" sulla Piattaforma e che, per il 2020, la stessa ha operato in forma sperimentale, limitandosi alle sole Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 dd. 30.03.2001 e ss.mm. La Piattaforma viene aggiornata dal RPCT.

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

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

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

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

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022-2024 è stato elaborato tenendo conto dell'impostazione dedotta dalla Piattaforma in virtù dell'esperienza acquisita nell'inserimento dei dati relativi ai Piani precedenti.

Con comunicato del Presidente dell'Autorità del 12 gennaio 2022 per le motivazioni indotte dall'emergenza sanitaria e al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse all'elaborazione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, il Consiglio dell'Autorità ANAC ha deliberato di differire alla data del 30 aprile 2022 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione del PTPCT 2022-2024.

10 TRASPARENZA

All'interno della presente sezione del PTPC 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.

10.1 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.

10.1.1 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.

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 3 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.

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

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

In linea con le indicazioni dell'ANAC sulle attribuzioni dei dirigenti ai fini della pubblicazione dei dati, il d.lgs. n. 33/2013 prevede esplicitamente che «i responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge» (art. 43, c. 3).

I dirigenti responsabili delle strutture indicate nella colonna «strutture e soggetti tenuti a invio dati e documenti» della Tabella dell'allegato 3, 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".

10.1.3 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.

Nel piano della Qualità aziendale sono inserite specifiche azioni di monitoraggio dello stato di aderenza al programma della trasparenza che fa parte integrante del Piano.

Lo strumento dell'*audit* è funzionale all'individuazione delle azioni di miglioramento dei processi di trasparenza e pubblicazione. Esso si avvale di *check list* dedicate ai temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sia per ciò che concerne gli obblighi di pubblicazione che per la loro declinazione aziendale.

Nel corso del 2020 è stata introdotta una nuova *check list* in chiave evolutiva rispetto alla precedente, anche alla luce dell'emergenza Covid - Sars 2, resa accessibile online alle articolazioni aziendali interessate alle verifiche di *Audit* indicate nell'atto prot. int. 1826 dd. 29.10.2020. In particolare, durante gli *audit* di verifica, è stata richiamata l'attenzione di tutte le articolazioni aziendali sulla voce denominata "interventi straordinari e di emergenza" che, durante il periodo emergenziale, potrebbe essere opportunamente implementata.

10.2 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

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

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

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

- i criteri di formulazione dell'istanza di accesso (rendendo altresì disponibili moduli *standard* per la presentazione della richiesta);

- il destinatario dell'istanza ovvero il responsabile del procedimento che può essere, alternativamente, l'Ufficio che detiene i dati, le informazioni e i documenti, l'URP, il RPCT;
- le modalità di svolgimento del procedimento;
- gli strumenti a disposizione nei casi di inerzia, mancata risposta o diniego.

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

Nel corso dell'anno 2021 risultano pervenute 8 richieste di accesso civico generalizzato; 7 sono state evase dai competenti Uffici nei tempi previsti dalla norma, 1 riguardava dati già pubblicati sul sito. Nessuna richiesta di accesso civico semplice risulta pervenuta all'Istituto nel medesimo anno.

11 ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E DEFINIZIONI

11.1 ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

CIVIT: Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni

OIV: Organismo indipendente di valutazione

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

RPCT: Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza

SC: struttura complessa

SS: struttura semplice

SSD: struttura semplice dipartimentale

11.2 DEFINIZIONI E GLOSSARIO

CORRUZIONE: viene definita dal PNA come concetto comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi provati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini provati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

TRASPARENZA: è definita dal legislatore come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre altresì ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino e costituisce altresì livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

PROCESS OWNER Responsabile di processo: è il soggetto individuato nell'atto di organizzazione interna dell'Ente che sovrintende a un "processo" istituzionale inteso come un insieme di attività correlate tra loro, svolte all'interno dell'Istituto, che creano valore trasformando delle risorse (*input* del processo) in un prodotto finale (*output* del processo) a valore aggiunto, destinato ad un soggetto interno o esterno all'Ente stesso.

PUBBLICAZIONE: si intende la partecipazione in conformità alle specifiche e alle regole tecniche di cui all'allegato A dello stesso, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere al sito istituzionale dell'IRCCS direttamente e immediatamente, senza autenticazione ed identificazione.

ACCESSO CIVICO: il diritto di chiunque di richiedere, in caso di omessa pubblicazione, i documenti, le informazioni o i dati che la normativa vigente impone alle pubbliche amministrazioni di pubblicare. Tale richiesta non deve essere motivata ed è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza.

12 DOCUMENTAZIONE CORRELATA E RIFERIMENTI

12.1 ALLEGATI AL PIANO

Allegato 1: Registro dei Rischi 2022

Allegato 2: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio

Allegato 3: Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza

12.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 6.11.2012 n. 190 recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione»
- Piano Nazionale Anticorruzione elaborato dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base delle direttive contenute nelle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale ed approvato dall'allora C.I.V.I.T. (ora ANAC), Autorità nazionale anticorruzione, l'Aggiornamento 2015, di cui alla determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015; e l'ulteriore Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 «Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016»
- D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, «Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
- D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni
- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
- D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, «Codice in materia di protezione dei dati personali» così come adeguato alla normativa europea dal D.lgs. n. 101 del 10 agosto 2018
- Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
- D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, «Codice dell'amministrazione digitale»
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2004, n. 108, «Regolamento recante disciplina per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento del ruolo dei dirigenti presso le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo»

- D.lgs. 19 aprile 2016, n. 50, «Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture»
- Legge 18 giugno 2009, n. 69, «Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile»
- Delibera CIVIT 14 ottobre 2010, n. 105, «Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13, comma 6, lettera e, del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)»
- Delibera CIVIT n. 2/2012, «Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità»
- Delibera CIVIT n. 50/2013, «Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016»
- Circolare del Dipartimento della Funzione pubblica n. 2/2013 del 19 luglio 2013, «D.lgs. n. 33 del 2013, attuazione della trasparenza»
- Determinazione ANAC n. 12/2015 «Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione»
- Determinazione ANAC n. 833/2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.»
- Delibera ANAC n. 1310/2016 «prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016»
- Delibera ANAC n. 1208/2017 «Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione»
- Delibera ANAC n. 1074/2018 «Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione»
- Delibera ANAC n. 215/2019 «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art.16, c.1, lett. l) quater del D.Lgs. n. 165 del 2001»
- Delibera ANAC n. 1064/2019 «Piano Nazionale Anticorruzione 2019»
- Delibera ANAC n.1201 dd 18.12.2019 "Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione."
- Delibera ANAC n. 25 dd. 15.1.2020 "Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici
- Delibera ANAC n. 177 dd. 19.2.2020 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche approvate con delibera n. 177 del 19 Febbraio 2020."
- Delibera ANAC n. 1047 dd. 25.11.2020 "Pubblicazione dei dati sui compensi concernenti gli incentivi tecnici di cui all'art. 113, d.lgs. 50/2016, al personale dipendente."
- Delibera ANAC n. 329 dd. 24.1.2021 "Pubblicazione dei provvedimenti finali dei procedimenti di valutazione di fattibilità delle proposte per la realizzazione in concessione di lavori in project financing, di cui all'art. 183, comma 15, d.lgs. 50/2016."
- Delibera ANAC n. 469 dd. 9.6.2021 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)

- Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 «Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale»
- Legge regionale n. 22 del 12.12.2019 «Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.»
- Decreto n. 153 del 28/12/2018 “Individuazione dei processi aziendali e dei relativi processowner”
- Bilancio di Mandato 2015-2018 IRCCS Burlo Garofolo, dicembre 2018
- Norme ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti”
- Norme ISO 31000:2018 “Risk management -- Principles and guidelines
- Norme ISO 37001:2016 “Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione”
- Delibera della Regione Friuli Venezia Giulia n. 3586/2004 Legge regionale 8/2001, articolo 4 – Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie private e delle relative attività – procedure e requisiti. Modifica D.G.R. 1292/2002