



DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 17 DEL 30/01/2026

OGGETTO: Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028
dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Sottoscritto dal Direttore Generale
dott.ssa Francesca Tosolini

nominato con Delibera della Giunta Regionale n. 2003 del 20.12.2024

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

IL DIRETTORE GENERALE

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

preso atto che con il DPR n. 81 del 24/6/2022 *"Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"*, ha stabilito che sono soppressi - in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO - gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:

- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);

verificato che con il DM 24/6/2022 è stato definito lo schema tipo di PIAO, sia per le amministrazioni con più di cinquanta dipendenti sia per quelle con un numero inferiore di dipendenti e con DM 30/10/2025 sono state approvate le linee guida del PIAO e i manuali operativi;

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

verificato che gli indirizzi programmati della Regione Friuli Venezia Giulia relativi all'anno 2026 sono stati delineati nelle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale, approvate in via definitiva con la DGR 1507/2025, e che le indicazioni per la predisposizione del Piano Attuativo 2026 sono state fornite dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) con la nota prot. 48178 dd. 04/12/2025, successivamente integrata dalla nota prot. n. 14661 dd. 12/12/2025;

appurato che l'adozione definitiva del PAO 2026 ai sensi della DGR 1507/2025 è avvenuta con proprio decreto n. 349 dd. 24/12/2025;

verificato che il PNA 2025, che è stato posto da ANAC in consultazione pubblica nel mese di settembre 2025, è ancora in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, e che pertanto verrà elaborata in corso d'anno una proposta di graduale applicazione rispetto alle indicazioni in esso contenute, a cura del RPCT e delle strutture coinvolte, corredata da un cronoprogramma per l'adeguamento nel corso del triennio 2026-2028, così come previsto dal PNA 2025 stesso;

tenuto conto altresì che il Piano della Formazione, confluito nel PIAO, deve essere adottato entro il 31/01/2026 a mente delle succitate Linee di gestione 2026;

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

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

verificato che il Comitato Scientifico della Formazione, nella seduta del 20/01/2026, ha espresso parere favorevole in merito al PFA 2026;

considerato che, al fine della predisposizione del PIAO, sono state coinvolte le strutture aziendali competenti negli ambiti previsti dal più volte richiamato DM 24/6/2022 e DM 30/10/2025;

precisato che il precedente PIAO riferito al periodo 2025-2027 è stato adottato in via definitiva con decreto n. 54/2025;

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

preso atto che la programmazione aziendale è stata condivisa dalla Direzione Strategica con il Consiglio di Indirizzo e Verifica in data 16/12/2025, che ha dato parere favorevole, con il Collegio di Direzione e con il Consiglio dei Sanitari, rispettivamente in data 17/12/2025 e 18/12/2025, in ottemperanza alla normativa vigente;

precisato che l'iter di approvazione del presente PIAO 2026-2028 ed i relativi contenuti sono stati condivisi nella seduta dell'Organismo Indipendente di Valutazione del 27/1/2026;

verificato che i contenuti del PIAO 2026-2028 e dei relativi allegati, proposti dalle diverse articolazioni aziendali competenti, sono coerenti con i contenuti dei Piani assorbiti dal PIAO, ai sensi del succitato e vengono pertanto recepiti e formalizzati nell'allegato documento;

considerato, pertanto, di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

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

considerato che il provvedimento è presentato dal Responsabile della S.S.D. Programmazione e Controllo che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

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

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

D E C R E T A

per i motivi e nei termini espressi in parte narrativa:

- 1) di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di incaricare la struttura SSD Programmazione e controllo di provvedere alla pubblicazione del PIAO sul sito web istituzionale (Amministrazione Trasparente/ Disposizioni generali/ Documenti di programmazione strategico gestionale) e sul portale PIAO, così come previsto dalla circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri/Dipartimento della Funzione Pubblica;
- 3) di riservarsi di attribuire al Centro Attività Formative (C.A.F.) con successivo provvedimento, il budget annuale per l'attività formativa dell'IRCCS;
- 4) di trasmettere il PIAO 2026-2028, contenente l'Allegato 6 PAF 2026 alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità, come previsto dalle Linee di Gestione del SSR 2026;
- 5) di trasmettere il PIAO 2026-2028 agli Enti, Organi e Organismi competenti.

Nessun onere consegue direttamente all'adozione del presente atto.

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

IL DIRETTORE GENERALE

dott.ssa Francesca Tosolini

atto firmato digitalmente

ELENCO ALLEGATI:
• PIAO_26_28_Burlo

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 30/01/2026 14:01:01

**IMPRONTA: AFEA59CD6647E309FCFD502667841B0CD26F40E3BDD2E3E71020D4252C0D75DD
D26F40E3BDD2E3E71020D4252C0D75DD072B44D74A99251C7A039C0F8E085C5F
072B44D74A99251C7A039C0F8E085C5F3510D20B994D6FFDB896F98461A2EA32
3510D20B994D6FFDB896F98461A2EA32750D134C69A33942C08D0E2D46F7CDF0**



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
materno-infantile "Burlo Garofolo"
Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale
per la salute della donna e del bambino

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2026 – 2028

Sommario

1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	5
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE.....	7
2.1 Valore pubblico.....	7
2.1.1 Obiettivi strategici	7
2.2 Performance.....	17
2.2.1 Obiettivi performance.....	17
2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione.....	18
2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere	22
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	24
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno	25
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno	27
2.3.3 Mappatura dei processi	31
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....	32
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	36
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	55
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	58
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	62
3.1 Struttura organizzativa	62
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	64
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	69
ANALISI 2026	70
PERSONALE DELLA RICERCA.....	76
VALORIZZAZIONE E STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE.....	77
3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno.....	79
3.3.5 Formazione del personale	80
4. MONITORAGGIO	80
4.1 Monitoraggio valore pubblico	82
4.2 Monitoraggio performance	82
4.3 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza.....	83
4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	83
ALLEGATI.....	85
Allegato 1: Referenti linee di gestione 2026	86

Allegato 2: Obiettivi per il raggiungimento delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere	124
Allegato 3: Registro dei rischi 2026	128
Allegato 4: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio.....	135
Allegato 5: Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza 2026	137
Allegato 6: Piano Formazione Aziendale	155
Allegato 7: Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	189

PREMESSA

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

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

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

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

Il PIAO dell'IRCCS Burlo Garofolo per il 2026 è stato elaborato tenendo conto della struttura prevista dal DM 24/6/2022 e dalle linee guida e dai manuali operativi di cui al DM 30/10/2025, degli indirizzi della programmazione regionale (DGR 1507/2025 relativa all'approvazione definitiva delle Linee di gestione 2026), del PIAO 2025-2027, adottato con decreto n. 54 dd 27/3/2025. Il PIAO 2026-2028 viene approvato a seguito dell'approvazione del PAO e del Bilancio Preventivo 2026 di cui al decreto n. 349 del 24/12/2025.

1. SCHEMA ANAGRAFICA

Denominazione	IRCCS BURLO GAROFOLLO
Sede legale	Via dell'Istria 65/1
Codice fiscale/ partita iva	00124430323
Forma giuridica	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, convenzionato con l'Università degli studi di Trieste, sottoposto al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute.
Sito istituzionale	www.burlo.trieste.it
Telefono (Segreteria Direzione strategica)	040 3785225
Fax	040 666019
Posta elettronica certificata	OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
E-mail urp	urp@burlo.trieste.it
Direzione strategica	
Direttore generale	dott.ssa Francesca Tosolini
Direttore scientifico	prof. Massimo Zeviani
Direttore amministrativo	dott. Riccardo-Mario Paoli
Direttore sanitario	dott. Nelsa Trua
Dipartimenti	4 clinici 1 amministrativo
Strutture a direzione universitaria	3
Strutture di ricerca	6
Personale al 31/12/2025	756 a tempo indeterminato 79 a tempo determinato 15 Universitari convenzionati
Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione e trasparenza	Dott.ssa Martina Vardabasso Dal 6/10/2022 - da ultimo prorogata con decreto n. 255/2025 fino al 6/10/2027 Responsabile SSD Programmazione e controllo Mail: prevenzione.corruzione@burlo.trieste.it martina.vardabasso@burlo.trieste.it

Il Burlo è attivo nel campo dell'assistenza alla donna e ai bambini e nel campo della ricerca. L'immagine sottostante riproduce tutte le attività che mediamente si svolgono quotidianamente al Burlo (dati aggiornati al 2025).

UN GIORNO AL BURLO

9

Nuovi ricoveri di donne

33

Donne ricoverate

60

Bambini ricoverati

19

Nuovi ricoveri di bambini

4
Parti

22

Pazienti operati

470

Esami di laboratorio
(pazienti interni ed esterni)

Progetti di ricerca attivi

ricerca corrente 233

ricerca finalizzata 41

sperimentazioni cliniche 150

612

prestazioni ambulatoriali

11

Scuola in ospedale/
interventi didattici

6

Prese in carico in continuità assistenziale

98

Esami di radiologia
interni ed esterni

64

Accessi in
Pronto Soccorso

14

Interventi
di mediazione
culturale

20

Ore
di mediazione
culturale

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.1.1 Obiettivi strategici

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

Il presente piano aggiorna, a scorrimento, il precedente PIAO 2025-2027, adottato in via definitiva con decreto n. 54/2025.

Il piano triennale declina i principali obiettivi strategici aziendali, tenendo conto che la programmazione aziendale deriva strettamente da quella regionale di cui alla Legge Regionale 12 dicembre 2019 n. 22 in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria nonché dalle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l’anno 2026 approvate, in via definitiva, con D.G.R. n. 1507 del 31/10/2025 e alle indicazioni metodologiche inviate da ARCS con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi del Sistema sanitario regionale per l’anno in corso.

Nei settori strategici di competenza, non solo della sanità regionale, il “Burlo Garofolo” affronta le sfide del triennio 2026-2028 con un programma che vuol essere di mantenimento, consolidamento e sviluppo delle attività qualificanti di clinica, assistenza, ricerca e didattica, in un contesto che richiede la stabilizzazione e l’ulteriore sviluppo di una rete integrata regionale e nazionale materno-infantile e dell’età evolutiva, che favorisca sinergie e alleanze per la condivisione di competenze, professionalità, tecnologie e modelli organizzativi.

Nei paragrafi successivi si evidenziano i principali obiettivi strategici nel campo dell’assistenza e in quello della ricerca, che vengono di seguito elencati:

RETE PEDIATRICA DELLA REGIONE FVG E RETE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE

Nel corso del 2025 sono state realizzate le attività previste dalle Linee di Gestione, in particolare: la Rete Pediatrica ha coordinato il gruppo di lavoro multidisciplinare regionale che ha elaborato la Scheda di Dimissione Protetta Pediatrica Regionale, in attuazione dell’obiettivo A.2.11.b “Integrazione Ospedale-territorio e sicurezza delle cure”. Nel 2026 proseguirà l’attività di informatizzazione della scheda, come previsto dalle *Linee annuali per la gestione del SSR 2026*, ferma restando la competenza operativa di ARCS/DCS nella fase di informatizzazione, che prevedono il collegamento informatico dei pediatri di libera scelta e dei MMG ai distretti e ai servizi territoriali, e implementazione tecnica.

Sempre nel 2025, la sotto-rete “Oncoematologia Pediatrica” ha completato la redazione del

PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica, elaborato dal gruppo di lavoro regionale multidisciplinare dedicato.

Per quanto concerne il 2026 gli obiettivi collegati alla rete pediatrica sono stati inseriti all'interno di altre progettualità delle linee di gestione, in particolare all'interno della progettualità 2.11 "Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo. È infatti prevista l'elaborazione di un documento di analisi epidemiologica regionale sulle patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'età evolutiva, al fine di migliorarne la presa in carico tra i nodi della rete pediatrica. Si segnala la necessità di assegnare il coordinamento alla SCR Epidemiologia dell'IRCCS per l'accesso ai dati nonché il coinvolgimento delle altre aziende sanitarie regionali per una lettura condivisa dei risultati.

Come condiviso dal Direttore Generale in sede di negoziazione del PAO 2026 con ARCS, si procederà ad un'analisi organizzativa della procedura relativa al "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" (adottata in via preliminare con Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023 e non ancora recepita nell'ambito della programmazione regionale), Verranno pertanto analizzati i fabbisogni di personale e di mezzi al fine di dare attuazione a quanto previsto.

Nel corso del 2026 inoltre proseguiranno anche le attività di aggiornamento del Piano della Rete Pediatrica regionale, la formalizzazione dei coordinamenti delle sotto-reti attive e la nomina dei rispettivi coordinatori, in attesa della formalizzazione da parte della DCS del documento regionale "La gestione delle reti cliniche in Friuli Venezia Giulia".

Infine, in attesa della formalizzazione del documento "Percorso assistenziale della persona con malattia infiammatoria cronica intestinale (età adulta e pediatrica) - Aggiornamento dicembre 2024", verranno attuate le azioni previste per la componente pediatrica, con l'attivazione del Team pediatrico regionale multidisciplinare per le MICI, all'interno della Rete Pediatrica, e coordinato dall'*Inflammatory Bowel Disease Unit* pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Per quanto concerne invece la Rete Cure Palliative, per il 2026, in coerenza con le Linee annuali per la gestione del SSR e con il Piano di potenziamento delle Cure Palliative 2025-2027 (DGR n. 1417/2025), proseguiranno le attività della Rete Cure Palliative Pediatriche con l'elaborazione del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure palliative in FVG", a completamento di quanto previsto dalla DGR n. 1475/2023. Verrà inoltre potenziata l'attività di Hospice pediatrico.

L'IRCCS procederà alla richiesta di rimborso alle aziende territoriali di competenza, secondo i dati registrati sullo specifico applicativo (ADT RSA - Hospice) in base alle giornate di degenza, tenendo conto della funzione di Hospice Pediatrico, già formalmente attribuita all'IRCCS dalla DGR n. 1965 dd 23/12/2021 e da ultimo confermata dalla summenzionata DGR n. 1417/2025. Si precisa inoltre che l'articolo 8 della L.R. n.12 dd. 6 agosto 2025 (commi 11 e 12) ha stabilito che il Burlo, al

fine di offrire il migliore setting assistenziale e garantire la continuità delle cure palliative pediatriche secondo criteri di qualità e sicurezza, potesse presentare soluzioni progettuali alternative a quelle già presentate per la realizzazione del centro residenziale di cure palliative. Sulla base delle valutazioni cliniche, assistenziali e organizzative dei professionisti coinvolti, è stata proposta una nuova progettualità caratterizzata da una maggiore integrazione dell'Hospice con le altre unità operative dell'Istituto. Anche in base a quanto definito dalla suddetta delibera, saranno definiti i fabbisogni di personale necessari per assicurare tale funzione a livello regionale.

RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

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

La sinergia e la collaborazione tra l'Istituto e l'Università sono altissime. La presenza dell'Università fornisce uno stimolo e un sostegno concreto imprescindibili nel tenere il più possibile elevati gli standard di assistenza e ricerca, che impattano sulla performance globale e sulla capacità di attrazione dell'Istituto. Da parte dell'Istituto dette sinergie si concretizzano nella pratica quotidiana anche in un grande contributo da parte del personale ospedaliero (medici, biologi e comparto) sia alla ricerca sia, soprattutto, alla didattica con partecipazione attiva come docenti ai tirocini degli studenti dei corsi di laurea in Ostetricia, Infermieristica, Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Biotecnologie Mediche. Il personale convenzionato universitario è inoltre coinvolto in attività didattiche/di tutoraggio per studenti e specializzandi di: genetica medica, microbiologia, pediatria, ostetricia e ginecologia, farmacologia clinica, odontoiatria e protesi dentaria, igiene dentale e odontoiatria pediatrica.

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

Per l'anno 2026 i rapporti tra l'IRCCS e l'Università degli Studi di Trieste continueranno a essere disciplinati dall'Accordo Attuativo (Decreto IRCCS n. 247 del 30 ottobre 2023), del "Protocollo d'Intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli Studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, stipulato il 05 novembre 2021", in linea con la proroga dello stesso "Protocollo d'Intesa tra la Regione FVG e l'Università del 05 novembre 2021".

RICERCA E RIFORMA DEGLI IRCCS

Per quanto concerne l'attività di Ricerca per l'anno 2026 l'attività sarà orientata alla riconferma del carattere di IRCCS; si rammenta che la conferma del carattere di IRCCS del Burlo Garofolo è avvenuta con Decreto Ministeriale del 26 gennaio 2024 (GU Serie Generale n.42 del 20-02-2024), in esito alle verifiche effettuate dalla Commissione ministeriale preposta alla valutazione della documentazione prodotta dall'Istituto; in ottemperanza a quanto stabilito dagli artt. 8 comma 1 e 12 comma 4 del Dlgs n. 200 del 30.12.2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" essa avrà durata biennale.

Il Burlo si è confermato Istituto monotematico di area pediatrica; le linee di ricerca ricondotte alla suddetta area tematica sono quelle indicate in sede di attuazione delle norme di cui al citato Dlgs 200/2022 che si sintetizzano di seguito:

- **linea 1. Salute feto-neonatale. Dalla prevenzione alla pratica clinica:** tale linea comprende la ricerca in ambito di diagnosi e counseling prenatale di patologie complesse del feto nonché di quelle presenti nel periodo perinatale; terapia fetale ed in utero; diagnostica prenatale delle malformazioni, marcatori precoci di alterazioni cromosomiche; marcatori di benessere fetale, tecniche nella cura del neonato; ricerche sul neurosviluppo del neonato; aspetti critici della nutrizione, modelli innovativi per la qualità dei servizi sanitari, fattori di rischio per la salute del neonato e dello sviluppo pediatrico
- **linea 2. Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza:** tale linea comprende la ricerca in ambito di trattamento dei principali tumori ematologici, sviluppo e ricerca in terapia cellulare, meccanismi patogenetici, diagnosi e terapie farmacologiche nelle malattie intestinali immunomediate, desensibilizzazione in allergia alimentare; disturbi congeniti dell'immunità e dell'infiammazione; terapia del dolore acuto e procedurale, malattie rare e trial, farmaci innovativi, ventilazione non invasiva, diagnostica e terapia innovativa delle infezioni vie urinarie, bassa statura, malattie metaboliche; autismo, disturbi del neuro-sviluppo, neurofisiologia genetica dell'epilessia in età evolutiva, approcci terapeutici per patologie odontostomatologiche, riabilitazione dei deficit uditivi; epidemiologia su burden di malattia e determinanti di salute;
- **linea 3. Innovazione e diagnostica avanzata:** tale linea comprende la ricerca in ambito di diagnostica innovativa di malattie rare ed ereditarie; genetica degli organi di senso; genetica di popolazione finalizzata allo studio di malattie e tratti complessi; tecnologie "omiche"; microbioma, dismicrobismi e infiammazione; sviluppo di marcatori diagnostici e nanomedicina, nuove matrici 3D; tossicologia; farmacocinetica,

farmacodinamica e farmacogenetica; terapie innovative (cellulare, genica, genome editing, etc.), organoidi, drug repurposing, teleconsulto/telemedicina, biorepository/biobanking.

Proseguiranno quindi nel 2026 le attività di ricerca dell’Istituto nelle linee di attività sopra descritte per il 2026 e saranno implementate anche attraverso la partecipazione reti e collaborazioni nazionali e internazionali con Enti di Ricerca e Università.

Tra queste si ricordano in particolare:

- Rete IDEA (Associazione Italian DEvlopmental Age Health Network (IDEA Network)
- Rete Italiana salute Dell’Età evolutivA (Rete IDEA) <https://retepediaidea.it/>
- Rete NETVAL (Network per la Valorizzazione della Ricerca) <https://netval.it/>
- Rete INciPiT (Rete Italiana per le Sperimentazioni Cliniche in Pediatria) <https://www.incipit-pediatric.net/>
- Rete EPTRI (European Paediatric Translational Research Infrastructure, <https://eptri.eu/>)
- Rete GBD (Global Burden of Diseases) Di particolare rilievo è la partecipazione dell’Istituto al GBD project. Coordinato dall’Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, Università di Washington è la più rilevante iniziativa epidemiologica al mondo, raccoglie e analizza informazioni su centinaia di cause di morte e malattie in oltre 200 Paesi. Il network di cui il Burlo è coordinatore nazionale conta 185 ricercatori affiliati. Di questi, cinque sono Principal GBD Collaborators, il grado più alto tra i quattro livelli di collaborazione. Il network è suddiviso in 20 gruppi tecnici (<https://www.italian-gbd-initiative.it/core-group/>). Nel 2025, il sito web www.italian-GBD-initiative.it è stato costantemente aggiornato. Durante il 2025, il Burlo ha pubblicato o comunque contribuito alla pubblicazione di 10 articoli coordinati da membri della rete italiana ed ha partecipato alla stesura di altri 18 articoli internazionali di grande impatto. Da segnalare in particolare il coordinamento dell’articolo sulle stime GBD 2021 pubblicato su Lancet Public Health ad aprile 2025 (doi: 10.1016/S2468-2667(25)00045-3)
- Rete Centro Collaboratore dell’Organizzazione Mondiale per la Sanità (CC OMS) per la Salute Materno Infantile WHO: è attivo dal 1992 ed unico centro collaboratore dedicato alla salute materno infantile in Italia. Tale riconoscimento rafforza il ruolo internazionale e di riferimento del nostro Istituto e manifesta l’impegno a collaborare con agenzie delle Nazioni Unite, come OMS, UNICEF e UNFPA, nonché con numerose altre istituzioni, italiane e straniere, quali Università, Centri di Ricerca, Ministeri, Organizzazioni governative e non governative

- Collaborazione con PROMIS (Programma Mattone Internazionale Salute) che si occupa, tra le altre, di realizzare attività formative e informative dedicate alle strutture ministeriali competenti, alle Regioni italiane e alle Aziende Sanitarie, nonché ad altri stakeholder coinvolti negli ambiti sanitari, al fine di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei e internazionali per la salute, la ricerca e l'innovazione. In particolare la collaborazione con PROMIS si concretizza nella partecipazione al progetto.

LOGISTICA

Nel corso del 2026 l'Istituto procederà con i lavori collegati alla realizzazione dell'intervento più importante degli ultimi decenni, sia per valore che per rilevanza strategica, completando la riqualificazione dell'adiacente Compensorio ex Opera di San Giuseppe mediante la realizzazione dei seguenti interventi:

“Risanamento conservativo dell'edificio civico n. 61 (Codice CUP C92C21001600002)” destinato ad ospitare gli uffici della Direzione Strategica e la rimanente parte degli uffici amministrativi, lavori avviati a dicembre 2025, del valore di Euro 2.260.000,00;

“Realizzazione nuovo accesso e installazione ascensore esterno alla palazzina poliambulatorio” (CUP C97H23002260002) del valore di Euro 300.000,00 i cui lavori sono previsti in ultimazione entro gennaio 2026;

Nel 2026 proseguirà anche la ristrutturazione degli spazi interni del Compensorio principale rimasti vuoti in seguito allo spostamento di alcune attività negli spazi riqualificati all'interno del Compensorio ex Opera di San Giuseppe in modo da garantire, per quanto possibile, il raggiungimento dei requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento, compatibilmente con i finanziamenti ricevuti. Tra questi, l'intervento di maggior complessità è l'adeguamento dell'Oncologia Pediatrica, in particolare della degenza per i trapianti.

Inoltre l'articolo 8 della L.R. n.12 dd. 6 agosto 2025 (commi 11 e 12) ha stabilito che il Burlo, al fine di offrire il migliore setting assistenziale e garantire la continuità delle cure palliative pediatriche secondo criteri di qualità e sicurezza, potesse presentare soluzioni progettuali alternative a quelle già presentate per la realizzazione del centro residenziale di cure palliative. Sulla base delle valutazioni cliniche, assistenziali e organizzative dei professionisti coinvolti, è stata proposta una nuova progettualità caratterizzata da una maggiore integrazione dell'Hospice con le altre unità operative dell'Istituto. Il nuovo progetto prevede la ristrutturazione del terzo piano dell'IRCCS Burlo Garofolo, con la messa a disposizione di spazi dedicati all'Hospice, saranno attivi 2 PL dedicati + 2 PL attivabili negli spazi della Clinica Pediatrica attigua (stesso piano, stesso corridoio) a garanzia della continuità assistenziale.

SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI FASE 1

Per il 2026 è prevista la prosecuzione delle attività relative agli studi attualmente in corso presso l'Unità di Fase 1. È inoltre imminente l'inizio dell'arruolamento di uno studio di Fase 1 attualmente in fase di finalizzazione della parte pre-arruolamento e l'attivazione di eventuali altri studi. Prosegue l'attività di mantenimento e rendicontazione delle competenze e dell'attività formativa relativa ai requisiti della determina AIFA 809/2015. È prevista la definizione strutturata di eventuali futuri percorsi di collaborazione con ASUGI su progetti di ricerca clinica di Fase 1, in particolare per i pazienti in transizione all'età adulta. Prosegue l'attività di collaborazione con l'Ufficio Ricerca Clinica (URC) in ambito di valutazione e negoziazione del budget degli studi profit e si prevede di implementare percorsi definiti di rendicontazione e fatturazione delle attività degli studi profit. L'Unità di Fase 1, visto l'alto livello di formazione in ambito di ricerca clinica e l'esperienza maturata nel corso degli anni prevede in caso di necessità di collaborare attivamente con l'URC su attività di organizzazione e implementazione della ricerca clinica anche al di fuori delle sole sperimentazioni di Fase 1.

SCREENING NEONATALI E DIAGNOSI PRENATALE

Il programma di screening neonatale regionale, che è offerto a tutti i nuovi nati della regione per la diagnosi precoce di fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, deficit di biotinidasi, sordità congenita e cataratta congenita, nonché per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie, è coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo, che, negli anni, ne ha monitorato l'attuazione, dandone riscontro alla DCS. L'attività di coordinamento e monitoraggio è proseguita anche nel corso del 2025, congiuntamente a quella relativa allo screening neonatale della fibrosi cistica, la cui centralizzazione presso il Burlo è stata attribuita dalla DGR 1483/2022. L'IRCCS, oltre a curare l'esecuzione dei test, si occupa anche tutti gli aspetti organizzativi e di coordinamento e garantendo il monitoraggio e la verifica periodica della efficacia ed efficienza del programma. Si precisa inoltre che attualmente le analisi relative allo screening neonatale metabolico esteso sono svolte, in convenzione, dall'azienda ospedaliera di Padova a valere su un finanziamento storicamente assegnato all'IRCCS, pari a € 500.000. L'eventuale reinternalizzazione del servizio dovrà tener conto dei fabbisogni sia in termini di personale che di apparecchiature.

Nel corso del 2026 si lavorerà per dare attuazione a quanto previsto dalla DGR 1991/2024, anche attraverso l'istituzione di tavoli interaziendali di coordinamento, previo accordo con la DCS e tenuto conto delle proposte già avanzate.

Inoltre, in accordo con la Direzione Centrale Salute e con le altre Aziende regionali, nel corso del 2026 si verificherà la fattibilità dell'avvio dello screening celiachia, come previsto nelle linee di gestione 2026, previa valutazione degli standard organizzativi e tecnologici necessari.

Nelle summenzionate linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026, al punto 1.7 relativo all'attivazione dello screening pediatrico per il diabete di tipo 1, non viene menzionato l'IRCCS Burlo Garofolo, diversamente da quanto avviene per altri screening (es. celiachia). Considerato che si tratta di uno screening pediatrico di rilevanza regionale, in sede di redazione del PAO, è stato proposto di integrare il Burlo tra le Aziende coinvolte, valutando l'opportunità di individuare l'Istituto come Centro Hub regionale per la programmazione e il coordinamento delle attività. Si evidenzia infatti che presso l'Istituto sono stati condotti e sono in corso progetti di ricerca per la messa a punto di metodi rapidi per la rilevazione degli autoanticorpi associati alla celiachia e al diabete di tipo 1, incluso l'utilizzo di campioni di sangue secco su carta da filtro. Come già per lo screening della celiachia, anche per quello del diabete di tipo 1 va verificata l'adeguata copertura economica.

SINERGIE CON LA FONDAZIONE

Nel corso degli anni, il supporto e il sostegno all'attività istituzionale dell'IRCCS da parte della "Fondazione Burlo Garofolo" sono stati fondamentali. La Fondazione è stata ridefinita nel suo assetto con le nuove nomine dei componenti dei relativi organi nel corso del 2022. Si è inoltre proceduto al cambiamento statutario per procedere all'iscrizione nel Registro degli enti del Terzo Settore.

Nel corso del 2026 la Fondazione continuerà a sostenere le progettualità a forte integrazione tra clinica e ricerca ed altre attività dell'IRCCS, in particolare nell'acquisizione di attrezzature.

ACCREDITAMENTO DEGLI ENTI DEL SSR

Nel corso del 2025 l'Istituto, sulla base di quanto contenuto nel decreto di autorizzazione e accreditamento con riserva, ha redatto il piano di adeguamento con il quale saranno messe in campo le azioni necessarie ad ottemperare alle scadenze previste nei monitoraggi. Per quanto attiene alle azioni conseguenti le non conformità strutturali (critiche e maggiori), l'Istituto, prima dell'emissione del decreto, ha trasmesso lo stato dei progetti di ristrutturazione e relativi finanziamenti a copertura dei lavori alla DCS, con la quale porterà avanti un dialogo interlocutorio per completare quanto previsto. L'IRCCS aggiornerà quanto già trasmesso entro i termini previsti per i monitoraggi.

Nel corso del I trimestre 2025 si è svolta la verifica documentale da parte del CNT/CNS sul Programma Trapianti CSE pediatrico, al fine di prorogarne l'autorizzazione nelle more del sopralluogo di autorizzazione e accreditamento del PT CSE metropolitano giuliano - isontino, istituito con D.G.R. n. 522/2024.

Sono seguite due fasi pre-ispettive documentali: l'una ai sensi degli standard Jacie – Fact e l'altra con il Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue ai sensi dei requisiti dell'ASR n. 49/CSR d.d. 05/05/2021, propedeutiche al sopralluogo previsto per il mese di ottobre c.a.

Nel mese di maggio 2025 è stato avviato l'audit documentale del Registro Italiano dei Donatori di CSE unrelated per il centro di raccolta delle CSE midollari (CP – M).

Nel mese di luglio 2025, è stata effettuata l'ispezione per il rinnovo della certificazione del Centro Attività Formative ai sensi della norma ISO 21001:2019 (primo Provider ECM italiano ospedaliero ad aver ottenuto tale certificazione). La visita si è conclusa con esito estremamente positivo, senza alcuna non conformità né osservazione

Nel mese di ottobre 2025 si è svolto il sopralluogo per il rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento della branca specialistica Medicina Trasfusionale di ASUGI con sede presso l'Istituto, e la prima visita di autorizzazione e accreditamento ai sensi del DPReg. n. 50/2024 del Programma Trapianti Metropolitano CSE giuliano – isontino.

Nel mese di ottobre è stato inoltre programmato il sopralluogo congiunto, a seguito delle pre-inspection documentali, tra gli ispettori CNT/CNS/JACIE e il Gruppo di Verifica regionale per la valutazione del PTM CSE giuliano – isontino ai sensi degli standard JACIE – FACT, dei requisiti del DPReg n. 50/2024 e dell'Accordo Stato Regioni n. 49/CSR d.d. 05/05/2021.

Ai sensi del DPReg. n. 01/2025 è prevista a dicembre 2025 la visita alla PMA di III livello, anch'essa congiunta con il Centro Nazionale Trapianti, al fine della valutazione della qualità e sicurezza delle cellule riproduttive e dei tessuti in base alla normativa vigente, applicabile sia alla PMA omologa che eterologa.

Nel mese di dicembre 2025 si è svolto inoltre il rinnovo del certificato ai sensi della norma ISO 9001:2015 (n. 7998 settore IAF 38 – sanitario e settore IAF 37 – formazione ECM), relativa ai sistemi di gestione di 20 strutture.

Nel 2025 è stato infine avviato il percorso per l'avviamento della certificazione ISO 15189:2024 (requisiti per la qualità e competenza dei laboratori), come da indicazioni del regolamento europeo sugli IVD n. 746/2017, per i laboratori afferenti al Dipartimento di Diagnostica avanzata e dei servizi e per il settore dell'ingegneria clinica afferente alla S.C. Ingegneria clinica, Informatica, Approvvigionamenti. Nel corso del 2026 le attività proseguiranno seguendo gli specifici obiettivi evidenziati nelle linee di gestione 2026, al paragrafo 11.2 “Accreditamento”.

Inoltre, nel corso del 2026, l'IRCCS potrà essere coinvolto nella verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento per le cure palliative non domiciliari rivolte sia ai pazienti in età pediatrica, i cui lavori di definizione sono stati già avviati dalla DCS nel corso del 2025.

SVILUPPO PROFESSIONI SANITARIE

Come sottolineato nelle linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026, il settore sanitario è investito da criticità relative al personale, in particolare per le professioni sanitarie di infermieri.

È prioritario quindi riuscire a recuperare l'engagement tra i lavoratori e prevenire lo stillicidio di uscite volontarie:

- è necessario agire sulla capacità di ritenzione e sull'attrattività della professione,
- è necessario considerare l'impatto del periodo di affiancamento e addestramento,
- è opportuno implementare un sistema di monitoraggio delle dimissioni finalizzato a monitorare il fenomeno delle dimissioni e a fornire alle organizzazioni strumenti basati sull'evidenza per favorire il loro contenimento.

L'interesse deve concentrarsi sulle dimissioni inattese, in quanto l'unico ambito in cui si possono prevedere strategie di intervento per limitarne l'impatto. In particolare, in questo momento storico, risulta prioritario porre l'attenzione sul personale infermieristico.

Per provare a comprendere le motivazioni alla base della decisione degli infermieri di lasciare l'azienda sarebbe opportuno monitorare il fenomeno attraverso questionario/intervista proponendo una serie di domande per poi catalogare le risposte in determinate aree ben definite:

- qualità della vita
- soddisfazione professionale
- organizzazione del lavoro
- localizzazione geografica
- rapporto con l'azienda
- nuova sede
- percorrenza chilometrica verso la nuova sede

Emerge quindi la necessità di individuare alcune strategie per agire sulle motivazioni ovvero:

- riprogettazione dei processi lavorativi
- riprogettazione della turnistica
- integrazione con altre figure professionali
- migliorare l'affiancamento del neo-assunto o neo-inserito
- rendere più attrattiva la professione

Tutto ciò rende evidente come più che mai la gestione delle risorse umane oggi sia un tema centrale e fondamentale per la sopravvivenza del SSN. Sulla base di questo, pertanto, nel corso del 2026, verranno portate avanti le linee di azione:

- strutturare un sistema organizzato di monitoraggio continuo delle motivazioni che stanno alla base delle dimissioni inattese;
- sviluppare una proposta di riprogettazione dei turni di lavoro per favorire la conciliazione vita lavoro dei professionisti;
- ottimizzare il percorso di inserimento del neo assunto e del neo inserito in un'ottica di sviluppo professionale;
- strutturare e promuovere un'indagine per comprendere le preferenze dei dipendenti rispetto i cosiddetti possibili "strumenti di utilità sociale".

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 2026

La DGR 1507/2025 (Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2026 - approvazione definitiva), ha definito la programmazione delle aziende del SSR per l'anno 2026. Nell'allegato 1 vengono esposti i risultati attesi per il 2026 ed i referenti aziendali individuati dalla Direzione Strategica al fine di agevolarne il conseguimento e la rendicontazione. Gli obiettivi ed i target previsti nel 2026 sono stati condivisi con i referenti individuati nel corso dell'incontro del 15 gennaio 2026, come da verbale agli atti della SSD Programmazione e controllo.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Obiettivi performance

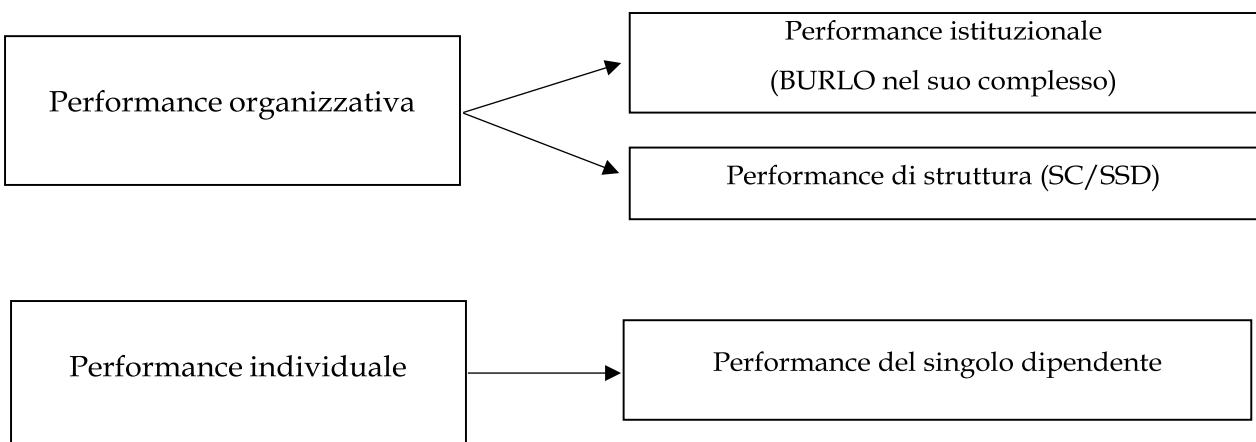
L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Gli esiti del percorso di budget e le relative schede verranno formalizzate con apposito decreto e la valutazione della performance organizzativa ed individuale seguirà l’iter disciplinato dal Sistema di misurazione e valutazione della Performance, di cui al proprio decreto n. 325/2025, che verrà eventualmente aggiornato in corso d’anno.

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

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

<https://www.burlo.trieste.it/content/sistema-misurazione-valutazione-della-performance>

2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione

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

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

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

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

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

Nel merito della digitalizzazione tramite iniziative PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e sempre in un contesto regionale quindi con co-attori le altre aziende sanitarie regionali, la società in house regionale Insiel S.p.A quale connettore e fornitore di servizi digitali e le aziende esterne partecipanti ai bandi, l’istituto partecipa agli aggiornamenti sulla cartella clinica elettronica regionale, sul potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0), su servizi di telemedicina, su una maggiore consapevolezza nell’utilizzo dei dispositivi digitali nei confronti delle insidie cyber che ivi si nascondono tramite formazione strategica e *security awareness*.

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

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

Per accessibilità si intende la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari. Il Burlo ha iniziato un percorso di analisi dell’usabilità dei siti web in gestione; da una prima analisi si è valutato ed è in itinere l’aggiornamento del sito istituzionale principale. Continuano, inoltre, gli interventi di formazione dei propri dipendenti mirati all’acquisizione ed aggiornamento di competenze specifiche sugli aspetti tecnici e normativi per la diffusione del know necessario, in primis ai gestori dei portali web che sono più a contatto con queste realtà.

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

DISABILITY E ACCESSIBILITY MANAGER

Si richiamano le disposizioni vigenti in materia di:

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

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

- ✓ curare i rapporti con il centro per l'impiego territorialmente competente per l'inserimento lavorativo dei disabili, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato;
- ✓ predisporre, sentito il medico competente della propria amministrazione ed eventualmente il comitato tecnico di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, gli accorgimenti organizzativi e proporre, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro anche ai fini dei necessari accomodamenti ragionevoli di cui all'articolo 3, comma 3-bis, del D.Lgs. 216/2003;
- ✓ verificare l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione.
- ✓ Rispetto alle funzioni previste in capo *all'accessibility manager*, al dirigente è attribuito il compito di definire specificatamente le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità all'Istituto, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, proponendo la definizione:
- ✓ degli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

- ✓ della gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- ✓ degli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale.

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

Per il 2026 è prevista la stesura di una procedura dedicata ai soggetti che accederanno all'Istituto tramite collocamento mirato, prevedendo un percorso strutturato e tracciato, finalizzato a garantire un adeguato assetto documentale sia per l'Istituto sia per il lavoratore.

L'obiettivo è lo sviluppo di un modello organizzativo per le persone con disabilità che, al momento dell'ingresso in Istituto, preveda:

- Valutazione e progettazione personalizzata, articolata in:
 - Valutazione oggettiva: analisi dell'accessibilità fisica e organizzativa dei luoghi di lavoro;
 - Valutazione soggettiva: comprensione delle esigenze, delle capacità e delle motivazioni del lavoratore;
- Piano individuale: elaborazione di un progetto personalizzato (Piano di Disability Management) comprensivo di eventuali adattamenti (es. ausili, flessibilità oraria) e percorsi formativi;
- Inserimento e integrazione: accompagnamento all'ingresso in azienda e monitoraggio continuo del percorso lavorativo, al fine di garantire soddisfazione e performance, prevenendo fenomeni di marginalizzazione e discriminazione.

A tal fine, si richiama anche il decreto n.278 del 29/10/2025, con cui è stato nominato l'ing. Andrea Orsini quale Responsabile per la transizione digitale (RTD), ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 82/2005, al fine del necessario coordinamento per gli aspetti attinenti all'accessibilità digitale.

2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere

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

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

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

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

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

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

- l’individuazione di strategie di sviluppo delle risorse umane nella governance istituzionale;
- la destinazione dei fondi per la ricerca.

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

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

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

1. equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione
2. equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali
3. uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera
4. integrazione della dimensione di genere nella ricerca
5. contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali
6. formazione volta alla promozione dell'integrazione della dimensione del gender

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

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

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

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

Il "Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni" dell'IRCCS, organismo collegiale previsto dalla legge 183/2010, sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti. È tenuto ad esplicare le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'amministrazione ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica in precedenza demandati ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul Mobbing. Promuove, altresì, iniziative che accrescano la cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

Al Comitato Unico di Garanzia sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica in ordine all'ottimizzazione della qualità del lavoro pubblico, al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegate alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi

di pari opportunità, di benessere organizzativi e del contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica per i lavoratori.

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

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

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione è stata redatta secondo le indicazioni del PNA 2022 come aggiornato con Delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023 nonché tenendo conto delle successive Delibere ANAC dalla n. 261 alla 272 del 20/06/2023 come da ultimo integrate con Delibera n. 601 del 19/12/2023, il cui scopo è quello di identificare le misure organizzative volte a ridurre e contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di favorire il miglioramento continuo dell’organizzazione, delle relazioni e dei comportamenti affinando gli strumenti di analisi utili alla comprensione e adozione delle misure idonee a prevenire, scoprire ed affrontare fenomeni di *maladministration*.

In corso d’anno verrà inoltre elaborata una proposta di graduale applicazione rispetto alle indicazioni contenute nel PNA 2025, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, ancora in corso di, a cura del RPCT e delle strutture coinvolte, corredata da un cronoprogramma per l’adeguamento nel corso del triennio 2026-2028, così come previsto dal PNA 2025 stesso.

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

Si precisa che, nella redazione di tale sottosezione, si parte dell’affermazione contenuta nel PNA 2025, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale (pag. 43), e cioè che la “prevenzione della corruzione è una leva di creazione e protezione del Valore pubblico (vedi paragrafo 2.1.1) ed ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente”. Il Piano pertanto è destinato ai dipendenti ed ai collaboratori che prestano

servizio presso l’Istituto ed è reso pubblico per tutti gli stakeholders interni ed esterni mediante consultazione pubblica.

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

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

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

PNRR

Un importante strumento messo in campo dal Governo durante la fase di gestione emergenziale è stato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell’economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale. Il particolare periodo storico, però, contraddistinto da molteplici cambiamenti introdotti dalla adozione del PNRR da parte del Governo a seguito della crisi pandemica, e reso ancor più complesso dagli eventi bellici nelle regioni orientali dell’Europa, in cui sono impegnate ingenti risorse finanziarie e deroghe alla legislazione ordinaria, è richiesto un rafforzamento dell’integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l’attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi.

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

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

Il PNRR prevede lo sviluppo di competenze tecnico - professionali (Missione 6 - componente 2 - sub investimento 2.2 (B) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario). A tal fine l'Istituto ha proposto ai propri operatori un corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), ovvero un corso sulle infezioni ospedaliere. Tale percorso si chiude nel primo semestre del 2026.

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

DESCRIZIONE DEL CONTESTO ESTERNO

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

IL CONTESTO ESTERNO SOCIO ECONOMICO E LA CRIMINALITÀ

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

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

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

- Banca d'Italia, Economie regionali, L'economia del Friuli Venezia Giulia 2025: <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2025/2025-0027/index.html>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2025: https://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/GEN/statistica/F_OGLIA125/allegati/Regione_in_cifre_2025.pdf
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Osservatorio Regionale Antimafia: <https://www.consiglio.regione.fvg.it/cms/pagine/osservatorio-regionale-antimafia/relazione-attivita>

- Corte dei conti, Inaugurazione dell'anno giudiziario 2025, Relazione del Presidente e Relazione del Procuratore:
<https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=d9eca910-c671-4d0e-b18d-52a03efe6cc6>
- ANAC, Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici:
<https://www.anticorruzione.it/-/rapporti-quadrimestrali-sul-mercato-dei-contratti-pubblici-2025>
- ANAC, Relazione annuale di ANAC al Parlamento:
<https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2025>

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

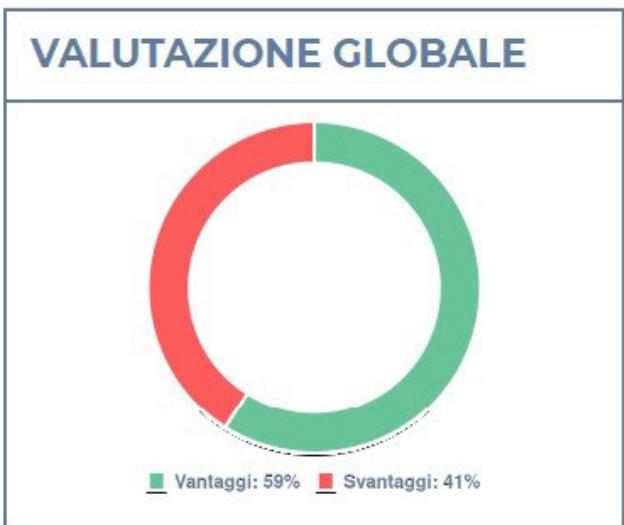
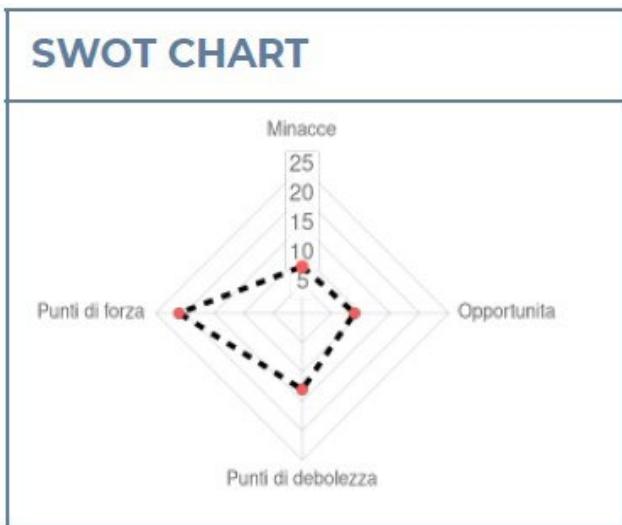
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

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

L'analisi SWOT sotto descritta è la sintesi funzionale della valutazione dell'impatto del contesto interno ed esterno sull'esposizione ai rischi corruttivi e sull'adeguatezza ed efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

(S)	PUNTI DI FORZA		(W)	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	DESCRIZIONE	IMPATTO		DESCRIZIONE	IMPATTO
MODELLO DI ATTIVITÀ	Rispetto delle scadenze per gli adempimenti normativi	5 - Elemento decisivo	ATTIVITÀ OPERATIVA	eccessiva burocratizzazione delle attività di anticorruzione e trasparenza; complessità del contesto nazionale e regionale	2 - Abbastanza importante
MODELLO DI ATTIVITÀ	Regolamento whistleblowing; piattaforma dedicata; linea telefonica dedicata; protocollazione dedicata	5 - Elemento decisivo	RISORSE UMANE	carichi di lavoro	3 - Mediamente importante
RISORSE UMANE	continuità ed esperienza degli incaricati	4 - Molto importante	RISORSE TECNOLOGICHE	configurazione sito web poco automatizzata	3 - Mediamente importante
RISORSE TECNOLOGICHE	semplificazione percorsi web di amministrazione trasparente	3 - Mediamente importante	RISORSE ECONOM.-FINANZ.	esiguità di risorse	3 - Mediamente importante
COMUNICAZIONI	campagna di sensibilizzazione sul tema anticorruzione e trasparenza	4 - Molto importante	COMUNICAZIONI	referenti poco coinvolti e carenti da punto di vista della tempestiva comunicazione	2 - Abbastanza importante

(O)	OPPORTUNITÀ			(T)	MINACCIE		
	DESCRIZIONE	PROBABIL.	IMPATTO		DESCRIZIONE	PROBABIL.	IMPATTO
FORNITORI	accesso civico generalizzato	25%	4 - Molto importante	CLIENTI	uso strumentale delle segnalazioni di comportamenti illeciti da parte dell'utente	5%	3 - Mediamente importante
ENTI REGOLATORI/ASSOCIAZ./CERTIFICATORI	continuità dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	50%	4 - Molto importante	FORNITORI	infiltrazioni di organizzazioni criminali nel tessuto economico del territorio	30%	2 - Abbastanza importante
CONCORRENZA	armonizzazione tra aziende del sistema sanitario regionale	15%	3 - Mediamente importante	ENTI REGOLATORI/ASSOCIAZ./CERTIFICATORI	nuovi adempimenti con scarsa chiarezza di attuazione; tempistica inadeguata	30%	4 - Molto importante
				CONCORRENZA	mancanza di regia regionale	30%	2 - Abbastanza importante



SOGGETTI COINVOLTI NELL'ELABORAZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

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

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

- la Direzione strategica
- tutti i soggetti responsabili dei processi aziendali come da decreto n. 153 d.d. 28/12/2018
- referenti anticorruzione e trasparenza
- il Consiglio di Indirizzo e Verifica
- l'Organismo Indipendente di Valutazione
- l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
- gli stakeholders
- i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto.

Di seguito si illustra la rete dei referenti per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione dell'Istituto relativa al 2026:

Rete referenti anticorruzione e trasparenza - 01.2026			
STRUTTURA	RESPONSABILE	REFERENTE TRASPARENZA	REFERENTE ANTICORRUZIONE
SC Ingegneria clinica, Informatica e Approvvigionamenti	Carlevaris D.	Pandullo M. Bozzi Cionci A.	Pandullo M.
SC Gestione Economico Finanziaria	Rachelli A.	Macovez C.	Macovez C.
SC Affari Generali e Legali	Zaro D.	Paton M. Dalmistro Odoni M.	Paton M.
SC Gestione Tecnica Edile Impiantistica	Ferrin M.	Bertuzzi D.	Bertuzzi D.
SSD Politiche del Personale	Mandelli L.	Buzzo A.	Buzzo A.
SSD Programmazione e Controllo	Vardabasso M.	Zimolo F.	Zimolo F.
SSD Servizio prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria	Carosi C.	/	Carosi C.
SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	-	Colummi E. Fontanot D. Pim R.	Pim R. Fontanot D.
SC Farmacia	Arbo A.	/	Arbo A.
SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	Ronfani L.	/	Vecchi Brumatti L.
Direzione Sanitaria/Medica	Trua N.	Buchini S.	Russian S.
Direzione Scientifica	Zeviani M.	Assanti F. Becevello F.	Assanti F. Zerjal D.
SS Accreditamento, qualità e rischio clinico	Danielli E.	Danielli E.	/

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

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

Il suo mandato istituzionale è quello di garantire l'assistenza ad alto livello e, contemporaneamente, di sviluppare la ricerca traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile.

Inoltre, in quanto sede didattica dell’Università degli Studi di Trieste, svolge anche un importante ruolo nella rete didattica della Scuola di Medicina.

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

Per quanto concerne invece gli aspetti trattati nel presente Piano, si fa presente che la L.R. n. 17/2014, al fine di migliorare l’efficienza e l’efficacia del Servizio Sanitario Regionale, aveva disposto l’istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2015, dell’Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) con funzioni supporto 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 istituzione¹. 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:

2021	65% - 70%
2022	65% - 70%
2023	65% - 70%
2024	65% - 70%
2025	65% - 70%

¹ Le funzioni di ARCS relative agli acquisti centralizzati sono riportate all’art. 4, comma 4 a), della L.R. n. 27/2018 e sono le seguenti: *“fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi per il Servizio sanitario regionale e acquisti di beni e servizi per conto della Direzione centrale di cui al comma 1, nell’ambito di quanto previsto, in merito alla Centrale unica di committenza regionale, dall’articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative)”*.

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 2021.

Nel corso del 2026 verranno previsti specifici obiettivi per migliorare ulteriormente la percentuale di acquisti centralizzati. Si precisa inoltre che in corso d’anno si procederà all’adozione del nuovo Regolamento interno per gli affidamenti sotto-soglia.

2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi costituisce un percorso necessario per un’adeguata analisi del contesto interno: è, infatti, necessario analizzare e mappare i processi aziendali allo scopo di effettuare un’adeguata valutazione dei rischi. La mappatura dei processi, consistente nell’individuazione e nell’analisi dei processi organizzativi con identificazione delle fasi e dei relativi responsabili, è un’azione propedeutica all’analisi dei rischi di processo e, in particolare, del rischio di corruzione e del rischio della mancata ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, oltre che alla definizione di efficaci misure di prevenzione.

Rispetto alla sottosezione Prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO 2025-2027, nell’ottica di consolidamento di quanto previsto dal precedente Piano, la mappatura è stata sostanzialmente confermata e ove necessario aggiornata².

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

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

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

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

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

² L’individuazione dei processi aziendali è stata formalizzata con decreto DG n. 153 dd 28/12/2018.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

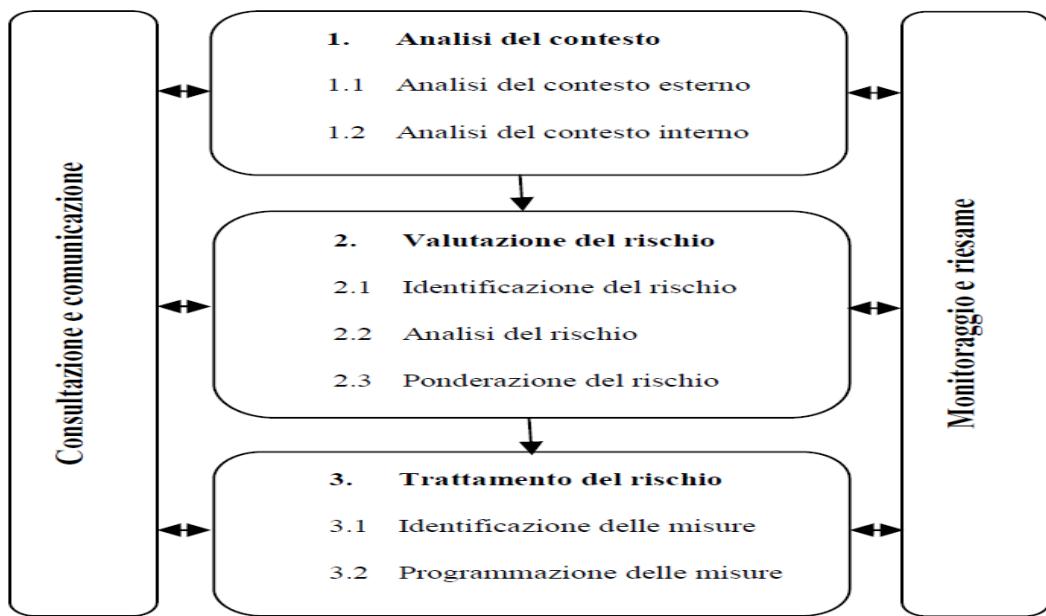
L'approccio per processi, infatti, è stato già introdotto e sviluppato all'interno dell'Istituto in ottemperanza a quanto richiesto dai percorsi di certificazione e accreditamento dei sistemi di qualità per alcune strutture cliniche, per le strutture della Direzione Amministrativa e per le articolazioni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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

La metodologia per la valutazione del livello di rischio, utilizzando la scheda di cui all'allegato n. 4 al presente piano, esplicita n. 5 indicatori:

1. livello di interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio

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

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

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

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

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

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

Il Registro degli eventi rischiosi contempla le attività/procedure afferenti alle *aree di rischio generali* ed alle *aree di rischio specifiche* come previsto nell’aggiornamento al PNA 2015, confermato

nel PNA 2016 e consolidato con il PNA 2019 e PNA 2022. In particolare, per quanto d'interesse, nel Registro (Allegato 3 al presente Piano) vengono elencati i seguenti processi:

A) processi associati ad aree generali di rischio:

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

B) processi associati ad aree specifiche di rischio:

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

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

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

Dei 31 processi originariamente mappati sono stati stralciati dal Registro degli eventi rischiosi, nel 2022, i processi n. 24 e n. 26 perché mantengono un livello basso di rischio. Per la medesima motivazione sono stati stralciati il processo n. 25 e il n. 30. L'ultima fase del processo n. 28 è stata espunta causa subentrate modifiche organizzative che l'hanno resa non più attuale.

Nel 2023 è stato stralciato il processo n. 18 in quanto relativo ad un'attività esecutiva di scelte discrezionali ed i processi n. 13 e n. 16 in quanto aventi un rischio irrilevante. È stata inoltre stralciata una fase del processo n. 8 in quanto parzialmente riconducibile ad un altro processo.

A partire dal 2024 è stata stralciata la fase 1 del processo n. 3 e la fase 2 del processo n. 28 perché sono attività centralizzate. In riferimento al processo n. 28 è stato rinominato "Gestione sicurezza aziendale e sorveglianza sanitaria" in quanto ha recepito l'attribuzione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori dell'Istituto in capo alla SSD Servizio Prevenzione Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria e quindi contestualmente è stata eliminata dal processo 29 "Gestione del

rischio clinico". Al processo n. 22 è stata aggiunta una fase a seguito dell'introduzione del subappalto a cascata con il nuovo Codice dei Contratti.

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

Nel registro dei rischi del 2026 si è proceduto alla rivalutazione del rischio della S.C. Gestione tecnica edile impiantistica per quanto riguarda "varianti in corso d'opera per lavori pubblici proposte dal direttore dei lavori esterno all'amministrazione" perché la normativa di riferimento, la verifica ed il controllo da parte della Stazione Appaltante e del RUP, consentono il contenimento del rischio, malgrado la presenza di interessi economici rilevanti per i destinatari del processo. La normativa che declina le fattispecie tassative di varianti al contratto previste dall'art. 120 del D.Lgs. 36/2023, il controllo delle figure istituzionali definite (RUP, Stazione Appaltante, ecc.) nonché il controllo di ANAC, nei casi indicati dalla legge, costituiscono perciò elementi di mitigazione del rischio da "medio" a "basso".

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

2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

PREVISIONE DELLE AREE GENERALI E MISURE ADOTTATE

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

- contratti pubblici: le strutture che si occupano di lavori, servizi e forniture - SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti e SC Gestione Tecnica Edile Impiantistica - hanno adottato idonee procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi inseriti nel Registro degli eventi rischiosi e identificati con nn. 1,2,3,4 per la prima struttura e n. 22 per la seconda. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 25 del d.lgs. 36/2023, ai sensi del quale le procedure di affidamento sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione, le competenti strutture utilizzano il portale Acquisti in rete PA (MEPA) e la piattaforma telematica e-Appalti FVG quale sistema e-procurement della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, nell'osservanza del Codice degli Appalti, e di ogni altra normativa vigente applicabile. Nell'ambito dell'affidamento di appalti di servizi, lavori e

forniture, ai sensi dell'art. 49 d.lgs. 36/2023 ("codice appalti) e ss.mm., è sancito il rispetto del principio di rotazione degli inviti ai fini dell'affidamento degli appalti sottosoglia, in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese. Come già evidenziato, con decreto n. 53/2022 è stato adottato il Regolamento per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture sotto soglia, attuativo della previgente normativa in materia di contratti pubblici, che risulta ancora applicabile nelle parti non in contrasto con il nuovo Codice D. Lgs. n. 36/2023 quale, nello specifico, le modalità di attuazione del principio di rotazione a cui si conforma, pertanto, l'attività delle due Strutture aziendali sopra indicate. Nel rispetto di tale principio, le strutture che si occupano di lavori, servizi e forniture privilegiano il coinvolgimento di operatori economici diversi dal precedente affidatario nelle procedure negoziate previste dall'art. 50 del D.Lgs 36/2023, salvo nei casi in cui il mercato non offra alternative valide o vi siano comprovate condizioni di esclusività relative a prodotti e/o fornitori, tenuto conto delle ipotesi di derogabilità riportate dal su menzionato art. 49. Per quanto concerne il calcolo degli onorari per i servizi professionali di architettura e ingegneria, vengono rispettati i parametri stabiliti dal D.M. 17 giugno 2016. La verifica della regolarità dell'iter e della completezza della documentazione predisposta in sede di affidamento di contratti di forniture, lavori e servizi, viene effettuata applicando la checklist di cui all'allegato 4 del PNA 2022 su due procedure afferenti alla SC Ingegneria clinica e due procedure afferenti alla SC Gestione Tecnica.

- acquisizione e gestione del personale: la struttura del personale garantisce le procedure per l'acquisizione del personale dipendente e non dipendente secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia, come esplicitamente previsto nel processo n. 6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit.
 - acquisizione del personale: dal mese di settembre 2019 è stata informatizzata la linea di attività "acquisizione del personale" con l'acquisto del software "Piattaforma web ISON e GECO" per una completa gestione informatizzata (dalla istanza di partecipazione alla graduatoria finale) delle procedure di cui alla citata linea (conforme al Regolamento Europeo GDPR 2016/679). Al fine di evitare che i bandi possano essere configurati su caratteristiche specifiche di un determinato potenziale concorrente, i requisiti e la tipologia di prove da sostenere nelle procedure selettive sono congiuntamente definiti dal Responsabile della struttura a cui la risorsa è destinata, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo, conformemente e nel rispetto della normativa concorsuale vigente. Sono altresì acquisite le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità dei commissari di concorso e annualmente si provvede ad effettuare le verifiche con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dagli stessi, utilizzando specifica modulistica. I controlli si sostanziano nella:
 1. attivazione della procedura "certificazione massiva/CERPA", coinvolgendo l'Ufficio locale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale;

2. verifica presso gli uffici Anagrafe e Stato Civile di riferimento con richiesta di certificazione dello stato di famiglia. Dal 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 dal 2021 viene utilizzato il software anche per l'espletamento delle selezioni per l'attribuzione di Borse di studio.

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

- gestione del personale: anche l'attività "gestione delle presenze e delle assenze" dei lavoratori è tenuta sotto controllo con l'introduzione del sistema informatizzato di richieste di ferie e permessi. L'Istituto si è avvalso dal 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 2019 si è proceduto ad informatizzare ulteriori attività in particolare quella di tutoraggio e docenza per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica/o, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione, di cui alla delibera di Giunta regionale FVG n. 2627/2016 e s.m.i.. Alla data del 01/07/2021 il sistema di gestione delle presenze assenze, del trattamento giuridico ed economico è stato sostituito da un nuovo applicativo denominato JOBTIME della società GPI. Contestualmente, anche l'applicativo Self Service del Dipendente (SSD) è stato sostituito da un nuovo software "Portale del dipendente".
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio: la SC Gestione Economico Finanziaria ha adottato procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi nn. 14 e 17 del Registro degli eventi rischiosi. Per quanto concerne la certificabilità dei bilanci (Percorsi attuativi per la certificazione dei bilanci), che rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo- contabile, la Regione Friuli Venezia Giulia, nel corso del 2018, ha concluso la fase sperimentale presso il CRO di Aviano. Secondo quanto indicato nelle "Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020. Approvazione definitiva" di cui alla DGR n.2195/2019, l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha predisposto, nel corso dell'anno 2020, il capitolato per l'acquisizione di un sistema informativo contabile e economato che soddisfi la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende. Tale acquisizione è stata rimandata nel 2021 e, come previsto dalle Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2021 di cui alla DGR 189/2021, le Aziende sono state chiamate a contribuire alle analisi del processo organizzativo per un'adeguata implementazione del sistema. Il nuovo programma gestionale è stato introdotto in 2 aziende del SSR nel corso del 2023 e attualmente è ancora in atto la fase di collaudo

tecnico amministrativo. Successivamente verrà esteso alle altre aziende secondo la programmazione regionale.

- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni: i processi d'interesse riportati nel Registro degli eventi rischiosi sono il n. 28 “Gestione sicurezza aziendale in capo al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPPA) e il n. 29 “Gestione del rischio clinico”, in capo al Risk Manager (Direttore Sanitario) entrambi articolati in più fasi e verificati in sede di audit annuale, agli atti, in un'ottica di massima integrazione.
- incarichi e nomine: la struttura del personale garantisce le procedure per le prove selettive interne secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia come esplicitamente previsto nel processo n. 6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit annuale, agli atti. L'Istituto, con decreto n. 125 del 27 agosto 2024, ha aggiornato il proprio “Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Revisione del regolamento approvato con decreto 227/2022” al fine di dare attuazione all'Atto Aziendale, approvato con decreto n. 62/2022 e modificato con decreto n. 613 del 3 maggio 2023. Tutto ciò detto è in linea con quanto disposto nella “Definizione dell'assetto organizzativo relativo alle strutture semplici articolazioni di struttura complessa” adottata con decreto DG 179/2022 e con l’”Approvazione del funzionigramma declinante il mandato e le funzioni di Dipartimenti, Strutture complesse e semplici dipartimentali.”, adottato con decreto DG 180/2022 e modificato con decreto n. 269/2023.

Il conferimento di tutti gli incarichi dell'IRCCS ha sempre carattere progressivo e graduale e, in analogia agli anni precedenti, anche nel 2026 e seguenti si provvederà ad attivare le procedure di selezione per il conferimento degli incarichi d'interesse, pubblicando appositi bandi interni ex art. 11 del citato “Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali”. Tali incarichi hanno una durata stabilita e decorrono dalla data di sottoscrizione del disciplinare di incarico e per la durata di 5 anni o durata inferiore qualora dovessero sopravvenire, nel corso di vigenza, ragioni organizzative e/o ulteriori disposizioni normative, legislative o regolamentari che comportino modifiche all'assetto istituzionale dell'Istituto. L'atto viene poi trasmesso alle Delegazioni Sindacali dell'area contrattuale di riferimento per opportuna informazione. Ai sensi dell'art. 11 del Regolamento succitato, è inoltre prevista una valutazione comparata dei curricula dei Dirigenti, che hanno presentato domanda, da parte del Responsabile della struttura complessa o semplice dipartimentale cui afferisce l'incarico a selezione; agli atti della SSD Politiche del Personale sono conservate le note con cui i Responsabili delle Strutture hanno attestato l'avvenuta ricezione delle candidature e con le medesime, sentita la Direzione Sanitaria, hanno proposto l'affidamento dell'incarico professionale ai dirigenti ritenuti idonei all'espletamento delle funzioni d'interesse.

- Affari legali e contenzioso: la SC Affari Generali e Legali ha adottato da tempo procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nel processo n. 20, articolato in più fasi, del Registro dei rischi e verificato in sede di audit.

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

PREVISIONE DELLE AREE SPECIFICHE E MISURE ADOTTATE

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

- attività libero professionale e liste d'attesa: Il processo d'interesse, indicato nel Registro degli eventi rischiosi, è il n. 5. L'attività libero professionale è disciplinata da apposito Regolamento adottato con decreto n. 73/2018 e successivamente rettificato con provvedimenti n. 143/2018 e n. 41/2019; nel 2018, come previsto nel Registro dei Rischi, è stata adottata la procedura di gestione PROAFFGEN_0018_00, munita di idonei indicatori di prevenzione della corruzione. La procedura, aggiornata nel corso del 2022, è stata ridenominata più coerentemente *"Gestione organizzativa-amministrativa della libera professione intramuraria"* e formalizzata *sub prot. int. n. 2160 dd. 25/11/2022*.
- i processi relativi alla gestione delle liste d'attesa, elencati nel Registro degli eventi rischiosi, sono i nn. 7, 8, 9 e 10, tutti in capo all'Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitaria e Centro Unico di Prenotazione (CUP). Il controllo delle liste d'attesa, il cui rispetto rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), è costantemente effettuato dalla Direzione Sanitaria così come specificato nella vigente procedura CUP PRO_CUP_001 di prenotazione, eventualmente anche tramite il sistema informatico, considerato quale efficace misura di contrasto alla corruzione. Si tratta di attività sotto costante monitoraggio regionale e ministeriale; il monitoraggio in relazione all'Attività libero professionale è effettuato in sede di rendiconto della Libera Professione da parte della Direzione Sanitaria come prescritto dalla Procedura citata.

- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni: i processi d'interesse, inseriti nel Registro degli eventi rischiosi, sono identificati con il n. 12 (gestione progetti di ricerca), n. 19 (Sperimentazioni cliniche - farmaci, dispositivi, studi osservazionali), n.23 (già sopra menzionato), rubricato "Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie", che, nella fase 1, prevede l'acquisizione e l'approvvigionamento di dispositivi medici e tecnologie per la ricerca, e il n. 29, prima fase, rubricata "Gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali", in capo a diverse articolazioni aziendali. Detti processi sono stati verificati in sede di audit. Nel 2022, con il decreto DG 184 del 31/10/2022, è stato adottato il "Regolamento delle sperimentazioni cliniche profit e no profit". Nel 2024, l'IRCCS, attraverso il proprio referente, ha partecipato al tavolo regionale sulle sperimentazioni, con l'obiettivo di uniformare le attività e i regolamenti tra le diverse Aziende. Ai nuclei di ricerca clinica della Regione FVG è stato richiesto di predisporre una flowchart che descriva le attività relative alla valutazione e alla richiesta di approvazione degli studi clinici. A settembre 2024, è stato inoltre richiesto di fornire il numero e la tipologia degli studi clinici avviati presso i singoli Enti del SSR nel 2023 e fino alla data della richiesta del 2024. Per gli studi in corso nel 2023, era necessario indicare anche le tempistiche di attivazione, il numero di pazienti arruolabili e le quote previste dallo studio, al fine di dimensionare l'impatto di queste attività all'interno del SSR. Nel corso del 2026, con il monitoraggio e coordinamento di ARCS, si proseguirà nello sviluppo e aggiornamento dei percorsi e i regolamenti per favorire la ricerca e la conduzione di studi clinici presso il nostro Istituto e nella nostra Regione.
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero: la Direzione Sanitaria sovraintende alle attività di cui al vigente Regolamento di Polizia mortuaria e si avvale dei servizi trasporto salme -in appalto ARCS- presso i servizi cimiteriali comunali e del servizio di anatomia patologica dell'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, ove necessario.

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

Nei paragrafi successivi vengono descritti i regolamenti adottati ed i comportamenti seguiti, all'interno dell'Istituto, nell'ambito delle misure generali, che sono le seguenti:

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

- Rotazione straordinaria
- Rappresentanti di interessi particolari

IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

In ossequio al DPR n. 62/2013 e smi, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/01", è stato adottato all'interno dell'Istituto, con decreto n. 73/2014 dd. 11/08/2014, il Codice di comportamento che rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Nel corso del 2022 si è proceduto all'aggiornamento del codice di comportamento, secondo le indicazioni riportate della Delibera ANAC n. 177/20 dd. 19 febbraio 2020 ed in applicazione del D.L. 36/2022. Il codice, approvato in via preliminare con decreto n. 225 dd 30/12/2022, è stato posto in consultazione pubblica agli stakeholder interni ed esterni. Successivamente è stato definitivamente adottato con decreto n. 102/2023, unitamente al Codice per l'integrità della ricerca. Nel corso del 2023 è stato divulgato in appositi momenti formativi. Si è posta attenzione all'attività di formazione riguardante i contenuti dei codici di comportamento, etica e integrità. La formazione è stata rivolta a tutto il personale aziendale con esiti complessivamente positivi in quanto hanno partecipato 473 dipendenti (di cui 48 dirigenti e 425 appartenenti al comparto) che hanno espresso un parere positivo con il questionario sulla qualità percepita dell'attività formativa. La formazione sulle tematiche specifiche della gestione del conflitto d'interessi, i contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza e i processi di gestione del rischio ha coinvolto 15 dipendenti appartenenti al comparto del ruolo amministrativo, i quali hanno espresso un parere positivo con il questionario sulla qualità percepita dell'attività formativa. In data 15/10/2024 il decreto 102/2023 è stato integrato con il decreto n. 155 rubricato Adozione del codice di condotta per l'integrità della ricerca dell'IRCCS Burlo Garofolo - integrazione del decreto n. 102/2023". Inoltre con decreto n. 213 del 31/12/2024 è stato adottato il *"Regolamento aziendale in tema di alcol e lavoro"*.

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

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

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

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

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

- copia del codice di comportamento dei dipendenti della Pubblica Amministrazione di cui al DPR 62/2013, impegnandosi, nei confronti dell'Istituto, alla sua scrupolosa osservanza, ferme restando la responsabilità penale, civile e amministrativa dei pubblici dipendenti;
- copia del codice di comportamento dell'IRCCS Burlo Garofolo adottato con decreto n. 102/2023;
- copia del codice di condotta per l'Integrità della Ricerca adottato con decreto del Direttore generale n. 155/2024.

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

Nell'ambito del monitoraggio dei conflitti di interesse e degli obblighi di astensione previsti dal summenzionato codice, si procederà ad un'attenta analisi della documentazione attualmente in possesso dell'IRCCS, corredata da una completa mappatura dei flussi di comunicazione al fine di valutare se l'eventuale comunicazione annuale dei dati patrimoniali da parte dei dirigenti gestionali, come indicato nel parere ANAC n. 3938/2025, sia in grado di apportare all'Istituto stesso, in particolare al Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, ulteriori elementi utili alla prevenzione dei conflitti di interessi, reali e/o potenziali, che possano condizionare le decisioni pubbliche dei dirigenti responsabili.

LA ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

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

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

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

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

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

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

L'Istituto adotta un modello organizzativo a matrice descritto nel funzionigramma di cui al proprio decreto n. 269/2023 che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

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

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

L'Istituto, nel corso del 2024, ha adottato il regolamento rubricato *"Individuazione e graduazione del sistema degli incarichi ai sensi degli artt. 24 e seguenti del CCNL 02.11.2022 del personale del comparto sanità"* con decreto del Direttore generale n. 99 del 27.06.2024, in coerenza con l'assetto organizzativo previsto dall'Atto aziendale vigente.

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

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

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

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

- il rafforzamento delle misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore 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.

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. Si richiama quanto già esplicitato sul tema nel paragrafo "Il Codice di Comportamento aziendale".

Fondamentale risultava anche la norma di cui all'art. 16, comma 4, del codice dei contratti pubblici, D.lgs. 36/2023 la quale, nel prevedere l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di affidamento ed esecuzione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La norma stabilisce che "Si ha conflitto d'interesse quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nello svolgimento della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti e delle concessioni, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione."

Lo stesso art. 16 prevede, quindi, che "Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 1 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene, dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione"; "La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati".

L'astensione va comunicata al responsabile della struttura in forma scritta con indicazione delle relative ragioni. Il responsabile esprime in forma analoga le proprie valutazioni e conclusioni.

La documentazione relativa ai casi di astensione è allegata agli atti del procedimento/procedura ed è protocollata con specifica codifica.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI

L'Istituto, in attuazione di quanto disposto con la Delibera ANAC n. 833/2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", garantisce un adeguato sistema di verifica dell'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi ai sensi del D.lgs. n. 39/2013. A tal fine viene richiesta, ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39 del 2013, prima del conferimento di un incarico, ed annualmente in costanza dello stesso, una dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato che viene allegata all'atto di conferimento dell'incarico e pubblicata sul sito istituzionale dell'Istituto. La dichiarazione va resa annualmente 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 2026 la SSD Politiche del personale proseguirà ad effettuare le verifiche richieste dal Piano Anticorruzione con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme.

I controlli previsti sono:

1. attivazione della procedura di certificazione massiva/CERPA, coinvolgendo l'Ufficio locale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale;
2. verifica presso gli uffici Anagrafe e Stato Civile con richiesta di certificazione di stato di famiglia. Come emerso dai controlli degli anni precedenti, siffatto controllo può solo in maniera parziale consentire la verifica di eventuali parentele tra i membri della commissione e i candidati.

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

La L. n. 190/2012 - in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione- ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo,

con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

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

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

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

La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

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

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

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

Una dichiarazione di assenza delle cause di inconfieribilità 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'inconfieribilità va applicata anche in caso di condanna penale per reato associativo finalizzato al compimento di

reati contro la pubblica amministrazione. In tal modo l'Autorità ha completato quanto già affermato nella delibera n.720 del 27 ottobre 2021, integrando quella precedente, n.1201 del 18 dicembre 2019. Eventuali condanne vengono comunicate dai Responsabili al RPCT.

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

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

L'IRCCS ha adottato e aggiornato la relativa modulistica di richiesta autorizzazione/comunicazione di incarichi e attività extraistituzionali e, al fine di garantire un adeguato sistema di verifica, anche nel corso del 2026 verrà data applicazione al Regolamento interno contenente i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-impiego ai sensi dell'art. 53, comma 5 del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm., approvato con decreto n. 3 del 24/1/2017. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione da applicare per il rilascio/presa d'atto dell'autorizzazione/comunicazione, le fattispecie soggette solo a comunicazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, le sanzioni e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione rispetto a quanto innovato dalla L. 190/12 e s.mi.

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

Nel corso del 2026 si procederà alla revisione del regolamento, anche in prospettiva della riorganizzazione delle attività sinergiche con ASUGI.

TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALA ILLECITI

La procedura “*Whistleblowing*: gestione delle segnalazioni di possibili condotte illecite e relative forme di tutela”, già formalmente approvata dall’IRCCS e opportunamente divulgata sin dal febbraio 2016, è stata oggetto di aggiornamento nel 2019 (PRO DGN 0019 -1 prot. 1546 dd. 20.02.2019) a seguito delle modifiche introdotte dalla legge n.179 del 30.11.2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità”.

La procedura è stata rivista nel corso del 2022 per adeguarla alle nuove “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*)”, di cui alla delibera ANAC n. 469 dd. 9.6.2021; la procedura è stata adeguata a quanto previsto nel decreto legislativo di attuazione della direttiva europea 2019/1937 e formalmente adottata con Regolamento di cui al decreto 189/2023.

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

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

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

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

- a) mediante invio all’indirizzo di posta elettronica dedicato: prevenzione.corruzione@burlo.trieste.it
- b) mediante telefono cellulare dedicato e il segnalante è tenuto a specificare che intende effettuare una segnalazione ai sensi del d.lgs. n. 24/2023 e la telefonata verrà registrata.
- c) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.
- d) piattaforma informatica dedicata

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

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

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

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

Il summenzionato regolamento e la procedura sopra descritta sono coerenti con le indicazioni contenute nelle linee guida e nell'armonizzazione della disciplina del "Whistleblowing" di cui alle delibere Anac n. 478 e n. 479 del 26 novembre 2025.

FORMAZIONE

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

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

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

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

Nel Piano della Formazione, di cui all'allegato 7, è stata inserita una linea formativa progettata per offrire un'opportunità di formazione continua agli operatori in campo sanitario, inclusi i ruoli

amministrativi, con l'obiettivo primario di fornire conoscenze e competenze per affrontare le sfide uniche legate alla corruzione e agli obblighi di trasparenza nel contesto sanitario, rispondendo al contempo ai requisiti di accreditamento ECM.

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

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

Al fine di garantire l'applicazione della succitata disposizione, il competente ufficio del personale acquisisce, al momento dell'assunzione tramite apposita modulistica e con accettazione nel contratto individuale di lavoro, art. 6, la dichiarazione da parte del personale assunto contenente l'impegno che se negli ultimi tre anni di servizio avrà esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Istituto, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, di non svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'Istituto svolta attraverso i medesimi poteri, ai sensi si quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001 e s.m.i. Si terrà conto delle Linee guida n. 1 - divieto di pantouflag - delibera n. 493 del 25 settembre 2024 e n.329 del 30 luglio 2025 di ANAC e nel corso del vigente PIAO:

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

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

PATTO DI INTEGRITÀ

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

L'IRCCS Burlo Garofolo, quale concedente o stazione appaltante, richiede agli operatori economici partecipanti alle procedure di affidamento di concessioni o appalti, la sottoscrizione per accettazione del Patto di integrità, che rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito delle concessioni e dei pubblici appalti banditi dall'Istituto. Esso disciplina e regola le modalità di relazione e gestione da parte degli operatori economici e del personale operante, a qualsiasi titolo, presso l'Istituto, nell'ambito delle procedure di progettazione, affidamento ed esecuzione di appalti di lavori, servizi e forniture, delle concessioni di lavori e servizi, nonché degli altri contratti disciplinati dal D.Lgs. n. 36/2023.

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

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

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

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

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

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

LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

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

I responsabili dei centri di attività e di risorsa provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti,

disponendo con provvedimento motivato, la rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria, dal carattere eventuale e cautelare, finalizzata a tutelare l’immagine di imparzialità dell’Amministrazione.

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

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

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

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

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

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

Non si rilevano casi d’interesse nel contesto aziendale.

RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI

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

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

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

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

2.3.6 Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure

Nell’ottica del progressivo sviluppo e implementazione del processo di programmazione e attuazione delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l’Istituto si impegna a

rispettare, nell'arco del triennio 2026-2028, le scadenze di seguito indicate (le scadenze hanno periodicità costante nel corso del triennio e pertanto vengono riportate solo quelle relative al 2026):

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
31/01/2026	Adozione del PIAO 2026-2028	Direttore generale su proposta RCPT e referenti PIAO
In corso d'anno 2026 con scadenze predefinite nell'allegato Registro dei rischi	Attività previste nell'allegato 3 "Registro dei rischi" e allegato 5 "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza"	Responsabile del processo (<i>Process owner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i>)
31/08/2026	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi - in linea con il monitoraggio degli obiettivi di budget	Responsabile del processo (<i>Process owner</i>)
30/11/2026	<p><i>Audit</i> di verifica su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i processi individuati - Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte - Conformità della conferma o meno del grado di rischio, attraverso scheda - Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio - Verifica adempimenti di pubblicazione. 	RPCT + Responsabile del processo (<i>Process owner</i>) di Struttura+ Referente Anticorruzione e Trasparenza
15/12/2026 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	RPCT

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

L'Audit è finalizzato a:

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

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

INDICATORI DI MISURAZIONE

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

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

RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

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

VERIFICA DA PARTE DI SOGGETTI ESTERNI

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

2.3.7 Programmazione dell’attuazione della trasparenza

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

Anche la disciplina sulla trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle Pubbliche Amministrazioni, è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In attuazione della l., 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, il Governo ha adottato il d.lgs., 14 marzo 2013, n. 33 per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, che ha operato una razionalizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e disciplinando, inoltre, le modalità per la loro realizzazione.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

L’Istituto, inoltre, ha preso atto, nel corso del 2025, della Delibera ANAC n. 495 del 25/9/2024 di approvazione di n. 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto, procedendo all’aggiornamento progressivo delle sezioni di Amministrazione trasparente rispetto ai predetti schemi, relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31, nelle tempistiche previste dalla delibera stessa. L’applicazione di tali schemi è stata verificata dall’OIV nel corso della seduta del 10/11/2025. Dal 2026 si procederà invece a dare attuazione alle modifiche di tali schemi introdotte dalla delibera ANAC n. 481 del 3/12/2025. Infine, sempre nel corso del 2026, verranno analizzati gli schemi facoltativi di cui alla delibera ANAC n. 497 del 3/12/2025, valutandone l’eventuale adesione.

È in corso di valutazione la sospensione degli obblighi di pubblicazione esplicitati nella Delibera Anac n. 497 del 3/12/2025 in riferimento all’art. 37 del D.lgs 33/20213 concernente i contratti pubblici al fine di allinearne i contenuti alle modifiche apportate al codice dei contratti

(d.lgs. 36/2023) dal d.lgs. n. 209/2024 nonché alle ulteriori indicazioni dell'Autorità nell'ambito della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti.

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

La sezione Amministrazione Trasparente dell'IRCCS è stata progettata ed implementata secondo le specifiche disposizioni di legge, in particolare secondo la struttura prevista nell'allegato al d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC n. 1310/2016. Per l'anno 2024 la griglia relativa alla Trasparenza, e di conseguenza la pagina del sito dell'IRCCS relativa all' "Amministrazione trasparente" è stata adeguata nella parte relativa ai bandi di gara e contratti così come previsto dall'allegato 9 del PNA 2022.

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

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

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

I referenti aziendali sono competenti anche per gli adempimenti relativi alla Trasparenza ed effettuano periodicamente, almeno annualmente, con il supporto del Responsabile aziendale della Qualità, il controllo sulla sufficienza, congruenza e pertinenza di quanto pubblicato attraverso l'autovalutazione, gli audit, e collaborano con l'OIV nell'esercizio della specifica funzione di controllo.

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

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

personale, espressamente individuato, delle strutture indicate nella colonna «strutture tenute alla pubblicazione» della medesima tabella.

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

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

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

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

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

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

Il documento “*Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013*” approvato con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 di ANAC istituisce la procedura di validazione dei requisiti della qualità del dato pubblicato mediante una sistematica attività di verifica riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da pubblicare. La procedura di validazione è affidata alla rete dei Referenti della trasparenza in quanto soggetti che conoscono approfonditamente i dati e le informazioni elaborate.

Al fine di dare maggior evidenza all'attività di validazione in capo ai singoli responsabili è stata condivisa e programmata nel corso del 2025 un'attività di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell'AT (3 sottosezioni a trimestre), da parte dell'RPCT ed i cui esiti sono stati tutti comunicati ai referenti di struttura; le limitate criticità inizialmente rilevate, sono state via via sanate, garantendo l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Tale attività proseguirà anche nel corso del 2026 e nell'ottica di dare attuazione al percorso di validazione, da ultimo modificato con la delibera Anac 481/2025, si procederà all'acquisizione della certificazione della pubblicazione dei dati contenuti nei nuovi schemi , art. 4 bis. art.13 e art. 31, da parte del responsabile della struttura interessata.

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

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

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

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

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Così come specificato nell’Atto Aziendale, l’Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno – infantile Burlo Garofolo è un Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino.

Il Burlo Garofolo è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla Legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, in attuazione del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 di riordino degli I.R.C.C.S. come integrato e modificato da ultimo con il D.Lgs 30.12.2022, n. 200, dalla Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018, dalla Legge regionale n. 22 del 19 dicembre 2019 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie. Il Burlo è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in data 10 dicembre 1968 ed è tuttora confermato tale in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali, da ultimo formalizzato con decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2024.

L’Atto aziendale, adottato con decreto n. 131 del 3.5.2023, è stato aggiornato a seguito dell’entrata in vigore del predetto D.Lgs n. 200/2022 con, tra l’altro, l’introduzione di un’apposita sezione per le funzioni della ricerca; il documento individua l’assetto istituzionale ed organizzativo dell’IRCCS Burlo Garofolo, definendo l’identità aziendale, *mission e vision* dell’Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell’Ente.

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

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

L’assetto organizzativo dell’I.R.C.C.S. Burlo Garofolo prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale. Con decreto n. 213 dd. 26/8/2025 è stato adottato il “Regolamento per la disciplina delle responsabilità e delle competenze direttoriali e dirigenziali dell’IRCCS Burlo Garofolo” corredato delle “Schede sinottiche – competenze e funzioni delegate” al fine di meglio evidenziare, nel contesto organizzativo dell’Istituto, la separazione delle funzioni di indirizzo e controllo da quelle di gestione ed attuazione e di armonizzare, riconducendoli a sistema, i singoli atti declinanti le competenze e funzioni delegate attribuite alle diverse articolazioni

organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali) e le modalità di espletamento delle stesse.

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

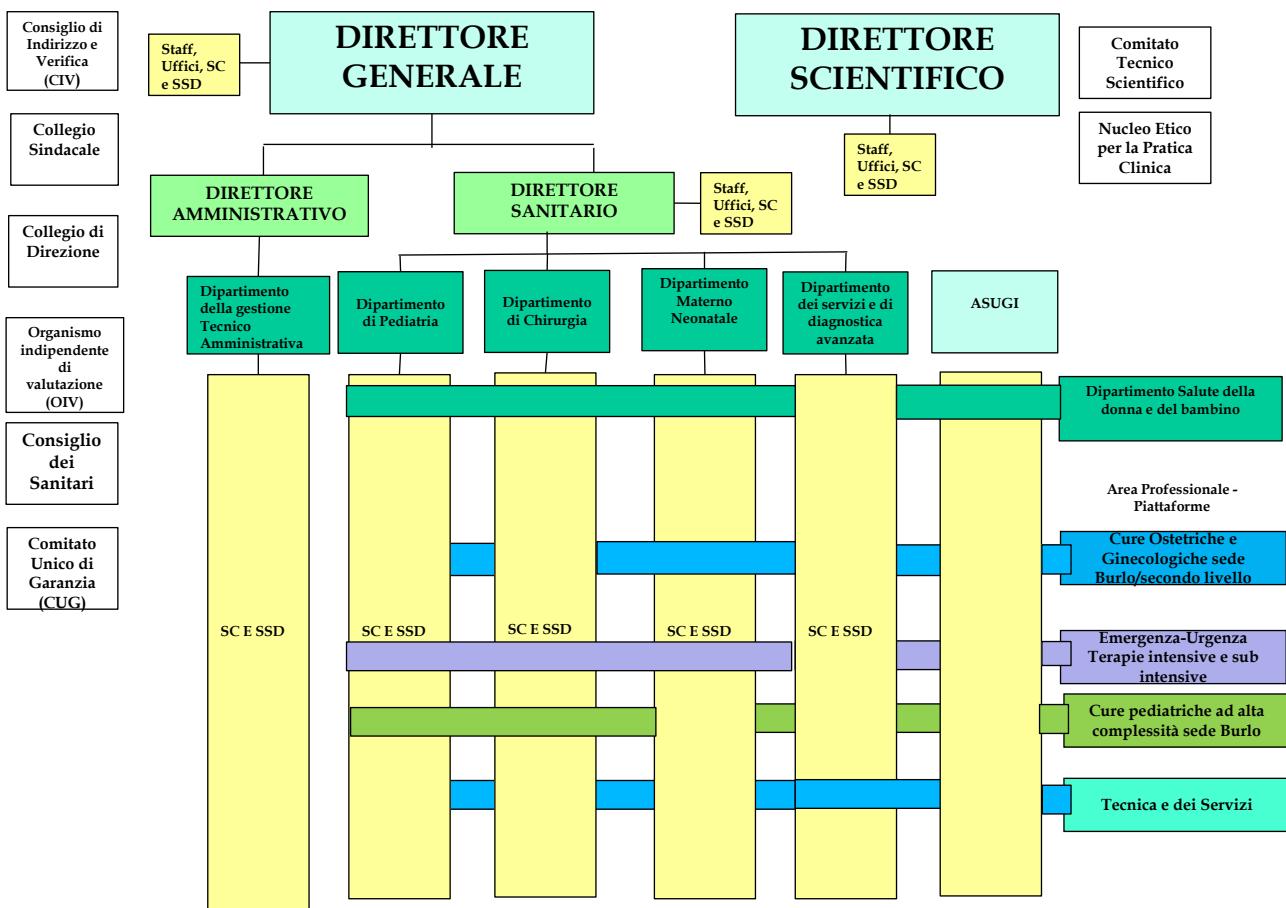
Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche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

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

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

L’Istituto è risultato rientrare dal 2021, dato poi confermato negli anni a seguire, tra i 150 ospedali pediatrici migliori al mondo, secondo una classifica stilata annualmente dal Newsweek in collaborazione con la Società di ricerca Statista.

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



3.2 Organizzazione del lavoro agile

DISCIPLINA DEL LAVORO AGILE IN VIA ORDINARIA

L'IRCCS, nell'ottica di conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro, ha adottato in data 8 febbraio 2023 con Decreto n. 50 il "Regolamento per la disciplina del lavoro agile dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo", con il quale si è disposto altresì che le disposizioni del regolamento in argomento si applicano in analogia con il personale del Comparto anche alla Dirigenza Area Sanità e Dirigenza PTA.

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

Superata in maniera definitiva la fase emergenziale, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle PP-AA. è ritornata ad essere quella svolta in presenza, riconoscendo comunque il lavoro agile quale strumento che favorisce la produttività e l'orientamento ai risultati, attraverso l'innovativa modalità di organizzazione del lavoro che mette al centro le esigenze delle

persone, contribuendo così a migliorare la conciliazione dei tempi di vita personale con quelli lavorativi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) le attività da prestare su turni;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il numero di giorni di lavoro agile fruibili su base annua sono stati definiti avendo a riferimento quanto previsto nei D.M. del 08/10/2021 e D.M. del 30/06/2022 – tuttora vigenti – secondo i quali la prestazione lavorativa in presenza deve essere prevalente rispetto a quella resa in modalità agile nonché il principio dell'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione del lavoro in tale modalità, pertanto come previsto nel Regolamento il dipendente ammesso al lavoro agile può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro ordinariamente per un massimo di 9 giornate al mese, traducendosi, di norma in 2 giorni settimanali e non frazionati ad ore, secondo un calendario da concordare preventivamente con la Struttura di appartenenza. Il Direttore/Responsabile di Struttura, ove ricorrono particolari esigenze organizzative o sanitarie, può modulare le giornate di lavoro agile anche superando il suddetto limite, fermo restando che il dipendente potrà lavorare in modalità agile per un massimo di 27 giorni nel trimestre. I suddetti limiti sono da riproporzionare alle giornate lavorate (al netto di ferie e/o altre assenze a qualsiasi titolo fruite).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) lavoratrici in stato di gravidanza;

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

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

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

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

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

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

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

DATI SULLE ATTIVAZIONI DI LAVORO AGILE PRESSO L’ISTITUTO

Alla data del 19 gennaio 2026 risultano attivi, ai sensi del Regolamento di cui sopra, 121 accordi individuali per lo svolgimento della modalità di lavoro agile, suddivisi come da tabelle sotto riportate.

COMPARTO		
RUOLO	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
AMMINISTRATIVO	Coadiutore Amministrativo	1
	Assistente amministrativo	28
	Assistente amministrativo interinale	1
	Collaboratore amministrativo	17
	Collaboratore amministrativo senior	1
TECNICO	Collaboratore tecnico professionale senior	1
	Collaboratore tecnico	3
	Collaboratore tecnico statistico	1
	Assistente informatico	2
SANITARIO	Collaboratore professionale sanitario senior	1
	Cps- infermiere e infermiere pediatrico	6
	Cps - tecnico della prevenzione	0
	Cps - assistente sociale	1
	Ostetrica	1
RICERCA	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	16
	Ricercatore sanitario	27
Totale attivazioni - personale comparto		107

DIRIGENZA		
AREA	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
PTA	Dirigente amministrativo	4
	Dirigente statistico	2
SANITARIA	Dirigenti medici	4
	Dirigenti sanitari	3
	Dirigenti delle professioni sanitarie	1
Totale attivazioni - personale dirigente		14

AGGIORNAMENTI NORMATIVI

Con la sottoscrizione del nuovo CCNL del Personale del Comparto Sanità per il triennio 2022 - 2024 sono stati sostanzialmente confermati gli articoli relativi al lavoro agile, è stato specificato, inoltre, all'art. 28 comma 3 che *"le Aziende e gli enti previa contrattazione collettiva integrativa ai sensi dell'art. 9, comma 5, lett. q) (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti, livelli e materie) - avrà cura, fermo restando quanto previsto nel periodo precedente, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure. In particolare, per i lavoratori che documentino particolari esigenze di salute o che assistano familiari con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/1992 o che godano dei benefici previsti dal d.lgs. n. 151/2001 a sostegno della genitorialità e per le altre casistiche individuate in sede di contrattazione integrativa, con l'accordo individuale*

di cui all'art. 78 (Accordo individuale) del CCNL 2.11.2022 è possibile estendere il numero di giorni di attività resa in modalità agile rispetto a quelle previste per il restante personale”.

OBIETTIVI RELATIVI ALL'APPLICAZIONE DEL LAVORO AGILE

Alla luce della sottoscrizione dei nuovi CCNL delle diverse Aree contrattuali si rende opportuno rivedere il Regolamento di cui sopra integrandolo con quanto previsto dai CCNL.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

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

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

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

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

Va altresì anche ricordato che il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018 evidenzia come le Linee di indirizzo per i PTFP debbano essere

“complementari a quelle previste dall’articolo 35, comma 5.2, del d.lgs. 165/2001, sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale. La programmazione del fabbisogno, infatti, trova il suo naturale sbocco nel reclutamento effettivo della forza lavoro. Ed è evidente che anche le regole del reclutamento debbano rinnovarsi e perfezionarsi soprattutto quando siano state individuate nuove professioni e relative competenze professionali da mettere al servizio delle pubbliche amministrazioni.”

NORMATIVA REGIONALE

Con DGR n. 1507 del 31/10/2025 rubricata *“LR 22/2019 – Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l’anno 2026. Approvazione definitiva. Finanziamento agli Enti del S.S.R. per l’anno 2026. Assegnazione e erogazione in via provvisoria”* è stato quantificato il tetto di spesa per l’anno 2025, comprensivo delle voci di costo già consolidate e certificate e altresì dei costi per il personale della ricerca sanitaria con contratto a tempo indeterminato, che per l’IRCCS Burlo Garofolo ammonta ad € 48.623.580,46.

La programmazione del personale dello scrivente Istituto avviene in coerenza con le *“Indicazioni metodologiche per la stesura della proposta di piano attuativo e bilancio preventivo 2026”* trasmesse da ARCS con nota prot. 41979 dd. 22/10/2025 (prot. dell’Istituto n. 12339/2025).

ANALISI 2026

Di seguito si riporta la forza del personale alla data del 31/12/2025 secondo il PTFP già autorizzato in sede di III report e la forza presunta alla data del 31.12.2026:

Ruolo	Forza presunta al 31.12.2025 a seguito della variazione al PTFP richiesta con III report 2025	Forza presunta al 31.12.2026
Dirigenza		
Ruolo sanitario	186	188
Ruolo professionale	2	3
Ruolo tecnico	4	4
Ruolo sociosanitario	1	1
Ruolo amministrativo	10	11
Totale dirigenza (senza universitari)	203	207
Comparto		
Ruolo sanitario	396	396
Ruolo socio sanitario	96	96
Ruolo tecnico	36	37

Ruolo	Forza presunta al 31.12.2025 a seguito della variazione al PTFP richiesta con III report 2025	Forza presunta al 31.12.2026
Ruolo amministrativo	93	92
Ruolo ricerca	74	72
Totale comparto	695	693
TOTALE COMPLESSIVO (senza universitari)	898	900
Personale universitario	15	15
TOTALE COMPLESSIVO (con universitari)	913	915

Alla data di redazione del piano il numero totale presunto del personale in forza al 31/12/2026 presso l'Istituto viene stimato in totali 915 unità, comprensivo delle 15 unità di personale universitario, con previsto incremento di 2 unità rispetto alla forza presunta al 31/12/2025.

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

In termini di risultati attesi, l'Istituto nel corso del 2026 mira a:

1. garantire l'attività assistenziale ordinaria mediante il turn-over, con prioritaria attenzione al personale sanitario, compatibilmente con le risorse disponibili e valutando la non sostituzione di alcuni profili in esaurimento e solo in taluni casi anticipando il turn-over per permettere di affrontare la notoria carenza di personale di alcuni profili professionali;
2. procedere al completamento delle assunzioni previste per l'anno 2025 le cui procedure di acquisizione non si sono ancora concluse;
3. continuare l'attuazione di quanto previsto nell'Atto aziendale e nel Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS;
4. procedere all'acquisizione di alcuni profili professionali strategici al fine di aumentare la capacità produttiva dell'Istituto, previa verifica e analisi dei costi del personale coerentemente con lo sviluppo delle attività e l'incremento della produzione;

Oltre al personale con rapporto giuridico di subordinazione, si rinvia alla tabella 20D per la previsione delle unità stimate al 31.12.2026 con contratti di lavoro flessibile.

GARANZIA DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE ORDINARIA DELL'IRCCS

La programmazione relativa alle politiche assunzionali 2026 è finalizzata, anzitutto, alla garanzia della sostenibilità dell'attività assistenziale dell'IRCCS.

In tale prospettiva la manovra 2026 prevede la garanzia del turn over che, per alcuni e limitati profili, potrà essere anticipato in considerazione della difficoltà di reclutamento di alcune professionalità.

Verranno poi completate le assunzioni già previste nel PTFP 2025 e prima non concretizzatesi o per l'assenza di candidati interessati o perché in attesa dell'approvazione delle graduatorie concorsuali, come è nel caso dei n. 4 assistenti di studio odontoiatrico, la cui assunzione è funzionale all'incremento delle attività della SCU Odontostomatologia dell'Istituto e dell'assistente sanitario.

Analogamente le procedure selettive per la maggior parte delle assunzioni previste di personale ex lege n.68/1999 sono tuttora in corso. In tale prospettiva si evidenzia che lo scrivente Istituto dovrà richiedere ulteriore modifica alla convenzione registrata con n. 396/2021 "Programma di inserimento lavorativo" e stipulata tra l'Istituto e la Direzione Centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia della Regione autonoma F.V.G., Servizio interventi per i lavoratori e le imprese - Struttura stabile Collocamento mirato di Trieste, ai sensi dell'art. 11 c.1 della legge n. 68/1999 per ottemperare agli obblighi assuntivi previsti dalle norme in argomento.

Allo stato restano indicate nel PTFP 2026-2028 le n. 17 unità di personale ex lege n.68/1999 e s.m.i. già indicate nel precedente Piano e i cui concorsi sono stati indetti con bandi prot. 11724/2025, 11726/2025 e 11727/2025 e precisamente:

- 2 collaboratori amministrativi
- 1 assistente tecnico
- 4 coadiutori amministrativi
- 2 OSS
- 2 infermieri
- 1 infermiere pediatrico
- 1 ostetrica
- 1 logopedista
- 1 tecnico audiometrista
- 1 tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- 1 assistente sanitario

Con riferimento alle assunzioni già autorizzate con il PTFP 2025, si segnala altresì il differimento dell'acquisizione delle unità di personale amministrativo previste per lo svolgimento in autonomia delle funzioni degli uffici giuridici, trattamento economico, contributi e previdenza sinora condotte da ASUGI in virtù di specifica convenzione - c.d. GEVAP - dalla quale la predetta Azienda ha comunicato la volontà di recedere con nota prot. 8087/2024 a far tempo dal 01.01.2026. Sul punto si evidenzia che lo scrivente Istituto sta procedendo con le procedure di reclutamento programmate. Con nota prot. n.12349/2025 l'IRCCS ha dunque formulato specifica richiesta ad ASUGI finalizzata a definire le modalità di formazione del personale e a condividere un cronoprogramma per la prevista e progressiva acquisizione di autonomia da parte dell'Istituto. Allo stato sono in corso interlocuzioni con ASUGI ed è stata dunque prudenzialmente differita l'assunzione delle unità in argomento. Conseguentemente è stata mantenuta la voce di costo per la convenzione di cui sopra per il tempo ritenuto necessario.

Ancora, con riguardo alle assunzioni già autorizzate nel PTFP 2025 e differite, vi sono n.1 unità di personale medico per la SC Oncoematologia, il Direttore della SCR Laboratorio di Diagnostica avanzata traslazionale e n. 1 unità di assistente amministrativo.

Con riferimento, invece, alle nuove assunzioni previste nel 2026, le stesse mirano a potenziare specifici settori, ritenuti di valenza strategica, come di seguito indicato.

A seguito della ricognizione effettuata e della necessità di potenziare talune specifiche attività, nel PAO 2026 si evidenzia la necessità di acquisire le seguenti unità:

- n. 2 dirigenti medici da destinare alla SC Pediatria e d'Urgenza e Pronto soccorso pediatrico ed al Dipartimento Materno Neonatale necessari per garantire standard organizzativi adeguati;

- n. 1 dirigente del ruolo professionale da assegnare alla SC Gestione tecnica edile e impiantistica. Le rilevanti attività connesse sia ai lavori delle palazzine site in Via dell'Istria n.59, 61 e 63 (lavori conclusi per i civici n.59 e 63 e tuttora in corso per la palazzina direzionale sita al civico 61 di cui si sta valutando nel caso l'ipotesi di assunzione interna della Direzione Lavori), sia nella prospettiva del Burlo al Cattinara, e la gestione delle rilevanti risorse a ciò connessi rendono opportuna la previsione di n. 1 dirigente del ruolo professionale da affiancare al Direttore della SC in argomento, anche al fine di garantire la sostituzione in caso di necessità nei ruoli di RUP nelle procedure di rilevante entità gestite dalla struttura. Si segnala che tale ulteriore unità dirigenziale risulta compensata economicamente dalla messa in utilizzo di n.1 dirigente statistico;

- per la sopra menzionata SC Gestione tecnica edile e impiantistica e per le connesse necessità si prevede inoltre l'acquisizione di un assistente tecnico con rapporto di lavoro a tempo parziale al 50%; ciò per integrare la dotazione tenuto conto che l'unico assistente tecnico ora in servizio ha parimenti un rapporto di lavoro al 50%;

- n. 1 collaboratore tecnico professionale per potenziare il Servizio informativo dell'Istituto. Già in sede di I report si era evidenziata la necessità di sostenere il Servizio in argomento per far fronte alle continue e crescenti necessità di informatizzazione di pressoché tutte le attività istituzionali, ivi compresi i processi di dematerializzazione dei fascicoli sanitari e delle prescrizioni. A seguito dell'acquisizione di un dirigente analista (informatico) e dell'analisi dei fabbisogni del Servizio, si richiede pertanto l'assunzione di 1 ulteriore unità collaboratore tecnico professionale;

- n. 1 dirigente amministrativo a tempo determinato per la durata di un anno. Con prot. 12660/2025 l'attuale dirigente amministrativo con incarico di responsabile della SSD Politiche del Personale ha formalizzato richiesta di nulla osta preventivo alla mobilità presso altra Azienda per il caso di esito positivo della procedura. Allo stato sono in corso le procedure selettive finalizzate all'acquisizione di n. 1 dirigente amministrativo. Tuttavia si segnala che, in caso di effettivo trasferimento del dirigente attualmente responsabile della citata SSD, la mera copertura del turn over non potrà garantire le necessità dell'Istituto. Ciò in ragione non solo delle incrementate

necessità della struttura del Personale che deriveranno dalla cessazione della convenzione c.d. GEVAP con ASUGI, ma altresì al fine di poter valutare un’eventuale riorganizzazione delle funzioni e dei conseguenti incarichi dirigenziali in esito alla procedura selettiva già avviata, tenuto conto dell’esperienza professionale del vincitore della stessa e considerato che risulta vacante anche altro incarico di Responsabile SSD a seguito del già attivato comando presso ARCS di altro dirigente amministrativo dell’Istituto. L’assunzione a tempo determinato di un ulteriore dirigente amministrativo per la durata di un solo anno consentirebbe, dunque, di presidiare le funzioni dell’Istituto nelle more di eventuali atti di riorganizzazione e/o di assegnazione degli incarichi. Sul punto si segnala altresì che l’Istituto ha provveduto a nominare il Direttore del Dipartimento Gestione Tecnica Amministrativa a garanzia di un governo complessivo di tutte le funzioni afferenti. In tale prospettiva l’assunzione di un dirigente amministrativo a tempo determinato per la durata di un anno consentirebbe di supportare il Direttore di Dipartimento in questa strategica fase di valutazione ed eventuale riorganizzazione. Per tali motivi si confida che intervenga autorizzazione anche ai sensi del paragrafo 8.3.1 delle Linee di gestione. Con riferimento al personale amministrativo si rinvia allo specifico paragrafo 1.2;

- si chiede inoltre che sia consentita l’assunzione a tempo indeterminato, tramite stabilizzazione, di n. 1 dirigente odontoiatra, di n. 1 dirigente biologo e di n. 1 dirigente sociologo, con contestuale cessazione dei posti a tempo determinato attualmente previsti. Sul punto si anticipa che, come meglio indicato infra al par. 1.3, l’art. 1 co. 268 della legge n. 234/2021 e s.m.i. fa coincidere il termine per procedere alla stabilizzazione con il termine di maturazione del requisito di anzianità, entrambi fissati alla data del 31/12/2025. Per tale motivo, stanti i termini temporali in argomento e per non disperdere le specifiche professionalità maturate all’interno dell’Istituto, si intende procedere ad indire a stretto giro bando di stabilizzazione che includa non solo le posizioni già previste nei precedenti atti programmati, ma altresì le tre posizioni in argomento, la cui assunzione sarà tuttavia subordinata all’autorizzazione regionale del PAO 2026. Nel merito, l’acquisizione a tempo indeterminato del dirigente odontoiatra a tempo indeterminato risponde alle necessità delle potenziate attività della SCU Odontostomatologia dell’Istituto e del Programma regionale di odontoiatria pubblica. La stabilizzazione del dirigente sociologo, invece, consente di dare continuità alla direzione del CUP dell’Istituto, Ufficio di diretta afferenza al Direttore Generale, tanto più in considerazione dell’attuale assenza di un dirigente sovraordinato. Sulla stabilizzazione del dirigente sociologo si richiama altresì la nota prot. 13298/2025 trasmessa dallo scrivente Istituto. La stabilizzazione del dirigente biologo risulta infine necessaria per dare continuità alle strategiche funzioni della SCR Fisiopatologia della riproduzione umana e PMA.

Con riferimento al costo del personale che nel corso del 2025 è stato posto in utilizzo presso la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e del personale in comando a tempo pieno

presso altra Azienda del SSR, si evidenzia come siano state richieste indicazioni agli Enti in argomento con note prot. 13505/2025 e prot. 13504/2025 in ordine a possibili rinnovi delle convenzioni/comandi onde poter effettuare una più puntuale programmazione. Allo stato, la tabella 17C per il personale in utilizzo è stata compilata sulla base dei riscontri ricevuti con note prot. 834421/2025, 835621/2025, 845474/2025 e 859278/2025.

PERSONALE AMMINISTRATIVO E ACCORDO QUADRO PER LA COLLABORAZIONE GESTIONE DEL PERSONALE

Come anticipato, sono state differite le acquisizioni delle unità di personale amministrativo previste per lo svolgimento in autonomia delle funzioni degli uffici giuridici, trattamento economico, contributi e previdenza sinora condotte da ASUGI in virtù di specifica convenzione - c.d. GEVAP - dalla quale la predetta Azienda ha comunicato la volontà di recedere con nota prot. 8087/2024 a far tempo dal 1/1/2026. Ciò in ragione del fatto che lo scrivente Istituto non è, allo stato, in grado di svolgere in autonomia le predette e centrali funzioni già dall'inizio del 2026 e che con nota prot. n.12349/2025 l'IRCCS ha dunque formulato specifica richiesta ad ASUGI finalizzata a definire le modalità di formazione del personale e a condividere un cronoprogramma per la progressiva acquisizione di autonomia da parte dell'Istituto. Allo stato sul punto sono in corso interlocuzioni con ASUGI.

Con riferimento al personale amministrativo, si richiama la richiesta di assunzione di n. 1 ulteriore dirigente amministrativo a tempo determinato per la durata di un anno per presidiare le funzioni dell'Istituto nelle more di eventuali atti di riorganizzazione e/o di assegnazione degli incarichi, come in precedenza indicato.

Con riguardo al personale amministrativo del comparto, invece, è stata prevista la riduzione del fabbisogno di n. 1 unità di assistente amministrativo a seguito di rivalutazione delle complessive necessità.

ESTERNALIZZAZIONE DI SERVIZI DI TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO DI PAZIENTI E MATERIALI

Si anticipa sin d'ora che è in fase di analisi l'esternalizzazione dei servizi in oggetto.

Sul punto si evidenzia che le attività in argomento sono state tradizionalmente garantite in via esclusiva da personale dipendente appartenente alle qualifiche di ausiliario (già cat. A) e di operatore tecnico (già cat. B). Nel 2026 si registreranno 2 cessazioni per quiescenza di operatori tecnici che non verranno sostituiti. Pertanto il numero di unità complessive dei profili di ausiliari e di operatore tecnico si ridurrà a 17 unità, di cui 12 attualmente assegnate alle funzioni in oggetto.

Tuttavia le prescrizioni e limitazioni accertate dal medico competente e l'età media delle unità in argomento, che nel 2026 sarà di oltre 61 anni, suggeriscono l'opportunità di valutare l'esternalizzazione dei servizi di trasporto in modo graduale, con un cronoprogramma che dovrà considerare le cessazioni per quiescenza del personale interessato.

Nel caso in cui l'analisi di cui sopra evidensi la convenienza dell'esternalizzazione in oggetto, si procederà ai sensi dell'art. 6-bis del d.lgs. n.165/2001 e s.m.i., dandone evidenza in occasione dei prossimi report.

PERSONALE DELLA RICERCA

La politica assuntiva dell'Istituto resta condizionata anche nel 2026, così come già avvenuto a partire dal 2019, dal rilevante ruolo del personale della ricerca.

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

PERSONALE DELLA RICERCA (RICERCATORI SANITARI E COLLABORATORI PROFESSIONALI DI RICERCA SANITARIA)							
31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023	31.12.2024	31.12.2025
0	22	27	26	51	63	66	74

I costi del personale del ruolo della ricerca assunto a tempo indeterminato a seguito di stabilizzazione sono stati indicati in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 1507/2025.

La politica assuntiva relativa al personale del ruolo della ricerca a tempo determinato è, alla data di redazione del presente documento, condizionata dall'entità dei finanziamenti ministeriali che perverranno entro la fine del 2025. Allo stato vengono dunque prudenzialmente indicate le unità a tempo determinato che si presume di acquisire in esito alle procedure selettive in corso o già programmate, come da tabella sotto riportata. Tali unità potranno variare nel corso del 2026 a seguito dei finanziamenti ministeriali.

I fabbisogni di personale del ruolo della ricerca previsti dalla competente Direzione Scientifica alla data del 31.12.2026 sono riassunti come segue:

N. tot. unità appartenenti al ruolo della ricerca stimati alla data del 31.12.2026	72
Di cui:	
Ricercatori sanitari a tempo indeterminato	23
Ricercatori sanitari a tempo determinato	26
Collaboratori professionali di ricerca sanitaria a tempo indeterminato	12
Collaboratori professionali di ricerca sanitaria a tempo determinato	11

VALORIZZAZIONE E STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE

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

Il PTFP 2026-2028 terrà quindi particolarmente conto sia della puntuale applicazione degli istituti giuridici ed economici di valorizzazione del personale come previsti dai rispettivi CCNL delle aree (attribuzione degli incarichi del comparto e della dirigenza, progressioni economiche), sia della formazione; quest'ultima andrà considerata quale aggiornamento tecnico scientifico delle diverse professionalità ma anche formazione permanente finalizzata allo sviluppo dei servizi.

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

Con riferimento alla c.d. stabilizzazione Covid come risultante dalle molteplici novelle all'art. 1 co. 268 della legge n. 234/2021 e s.m.i., si evidenzia che la citata norma prevede che le Aziende possano assumere a tempo indeterminato fino al 31.12.2025 il personale che abbia maturato i requisiti di anzianità ivi prescritti sino alla stessa data del 31/12/2025, in coerenza con il PTFP.

Sul punto lo scrivente Istituto con decreto n. 331/2025 ha indetto bando finalizzato alla stabilizzazione del personale che ha già maturato i requisiti e la cui assunzione risulta già prevista negli atti programmati. In aggiunta alle posizioni di cui sopra, stanti i perentori termini per la stabilizzazione ex lege n. 234/2021 e s.m.i., come già anticipato al paragrafo 1.1 e per le motivazioni ivi indicate, l'IRCCS porrà a bando anche tre posizioni – rispettivamente di un dirigente odontoiatra,

di un dirigente biologo e di un dirigente sociologo – la cui effettiva assunzione sarà tuttavia subordinata all’autorizzazione regionale. Come anticipato, l’acquisizione del dirigente odontoiatra a tempo indeterminato risponde alle necessità delle potenziate attività della SCU Odontostomatologia dell’Istituto e del Programma regionale di odontoiatria pubblica. La stabilizzazione del dirigente sociologo, invece, consente di dare continuità alla direzione del CUP dell’Istituto, Ufficio di diretta afferenza al Direttore Generale, tanto più in considerazione dell’attuale assenza di un dirigente sovraordinato. Sulla stabilizzazione del dirigente sociologo si richiama altresì la nota prot. 13298/2025 trasmessa dallo scrivente Istituto. La stabilizzazione del dirigente biologo risulta infine necessaria per dare continuità alle strategiche funzioni della SCR Fisiopatologia della riproduzione umana e PMA.

Con riferimento alla stabilizzazione del personale del ruolo della ricerca ex art. 3-ter del DL 30.5.2023, n. 51, convertito con legge 3 luglio 2023, n. 87, anch’essa da realizzare entro il 31.12.2025, si evidenzia che l’Istituto ha proceduto con prot. 13301/2025 a bandire procedura di stabilizzazione di n. 12 ricercatori e n.3 collaboratori professionali di ricerca sanitaria, in coerenza con i fabbisogni complessivi di n. 35 unità a tempo indeterminato già previsti nel PAO 2025 e comunicati al Ministero.

RINNOVI CONTRATTUALI

Con riferimento ai costi dei rinnovi contrattuali, è stato indicato il costo dell’IVC del personale del comparto anche a seguito della sottoscrizione del CCNL dd. 27/10/2025. Si sottolinea che l’art. 29 co. 4 del citato CCNL ha previsto l’erogazione del buono pasto ai dipendenti del comparto nelle giornate di lavoro agile. Ciò comporterà un maggior costo a carico dell’Istituto che, sulla base della proiezione delle giornate di lavoro agile fruite nel corrente anno 2025, si stima pari a circa € 15.000,00. Si ritiene che tale costo sia da imputare al rinnovo contrattuale in argomento.

Si riporta di seguito il costo stimato dell’IVC delle diverse aree contrattuali:

- IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) € 120.560,20;
- IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) € 59.953,67;
- incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023 € 807.753,32;
- incremento IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023 € 401.699,95.

FUNZIONI CENTRALIZZATE A VALENZA REGIONALE

Si evidenziano di seguito alcune delle principali funzioni centralizzate a valenza regionale che l’IRCCS Burlo Garofolo svolge secondo specifiche disposizioni regionali. Ci si riserva di valutare congiuntamente alle strutture regionali il fabbisogno, anche sulla base dei dati regionali e dei fabbisogni espressi.

- 1.1. Con decreto della regione FVG n.143/SPS dd. 29.7.2019 il Burlo è stato individuato come Centro di riferimento regionale per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche. (CPP). Inoltre l'Istituto svolge funzione centrale di valenza regionale all'interno della rete cure palliative per i pazienti di età pediatrica, come da DGR n. 1475/2023 e di hospice pediatrico (DGR 1417/2025). Le attività in argomento sono assicurate dalla SS Cure palliative sia mediante personale di diretta afferenza, sia mediante personale di altre unità. Al fine di dare completa attuazione al piano del CPP è necessario definire ed assicurare adeguati standard di personale;
- 1.2. Con provvedimenti regionali specifici il Burlo è anche centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura della celiachia in età pediatrica, della fibrosi cistica (compreso lo screening neonatale), per gli ipostaturalismi e per i disordini dello sviluppo sessuale in età pediatrica, per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico, per l'epilessia in età evolutiva, per trapianto di cellule staminali emopoietiche allogeniche in età pediatrica, per la diagnostica prenatale di III livello e gravidanze a rischio, per l'endometriosi, ecc.
- 1.3. Si segnalano come funzioni a valenza regionale anche quelle di sorveglianza svolte dalla SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari.
- 1.4. Le attività di trasporto sanitario urgente dei pazienti pediatrici previste nel documento "Trasporto Sanitario Interospedaliero Urgente del paziente pediatrico" adottato con Deter. ARCS n. 766 del 21.12.2023 non risultano ad oggi recepite nella programmazione regionale in quanto non sono state ancora definite le modalità organizzative con cui assicurare tale attività, sia con riferimento al personale da assegnare né di eventuali mezzi.

Per quanto riguarda le attività di screening neonatale esteso nonché quelle previste dalla DGR 1991/2024 sono in corso degli approfondimenti con le strutture regionali.

3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno

FONDI CONTRATTUALI

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

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

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Nelle tabelle 20E e 20E1 viene data evidenza della necessità di utilizzo di prestazioni aggiuntive per ritardata manovra della dirigenza quantificate in € 40.000,00 (43.400,00 € comprensivi di IRAP), corrispondenti a n. 500 ore, come indicato nelle specifiche tabelle.

L'Istituto si riserva in corso d'anno di valutare l'eventuale utilizzo di ulteriori prestazioni aggiuntive del personale del comparto e della dirigenza, in coerenza con quanto previsto al paragrafo 8.4 delle Linee di gestione.

3.3.5 Formazione del personale

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

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

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

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

Tutte le attività formative sono erogate secondo il sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), applicabile sia i professionisti sanitari con obbligo di crediti ECM, che ai professionisti o agli operatori senza obbligo di crediti ECM e afferenti alla ricerca scientifica come da mandato e natura dell'Istituto.

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

Il Centro Attività Formative ha acquisito l'accreditamento standard nella qualifica di Provider ECM con il codice "IRCBG_" a far data dal 01.08.2018 rinnovata in data 07.07.2023 per la durata di 5 anni. Agisce in linea con i criteri stabiliti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina e con la specifica normativa regionale, garantendo che tutte le fasi del processo formativo siano coerenti con gli standard di qualità e con gli obiettivi formativi della Commissione Nazionale e Regionale ECM.

È certificato ai sensi della norma ISO 9001:2015 e ai sensi della norma ISO 21001:2019 dal 27/05/2022.

I processi primari del Centro Attività Formative hanno per oggetto :

- la rilevazione dei fabbisogni formativi del personale dell'Istituto, espressi nel Piano Formazione Aziendale (PFA);
- la progettazione e la realizzazione di eventi di formazione residenziale (FR) e formazione sul campo (FSC) e di FAD gestiti autonomamente o in sinergia con altre Aziende ed Istituzioni;

- la progettazione e la realizzazione di attività formative inserite nel Piano della Formazione Regionale che la Direzione Centrale Salute assegna al Provider IRCBG: tali attività formative sono rivolte al personale del Servizio Sanitario Regionale;
- la gestione delle richieste di aggiornamento fuori sede del personale ed il monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati;
- la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e delle buone pratiche maturate all'interno dell'Istituto, rivolta ai dipendenti, ma soprattutto ad una platea esterna all'Istituto;
- la realizzazione delle linee affidate da PNRR -Missione 6 Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere. I percorsi formativi saranno programmati nelle annualità 2024-2025-2026, sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider regionali.
- la gestione e organizzazione di percorsi formativi dedicati ad altre linee PNRR quali la FSE e Cybersecurity.

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

Per la stesura del Piano Formazione Aziendale si considerano :

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

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

La bozza del PFA viene illustrata altresì alle Organizzazioni Sindacali, come informativa. Il PFA, viene presentato per l'approvazione al Comitato Scientifico della Formazione e, in seguito, reso operativo tramite l'adozione con decreto del Direttore Generale, trasmesso poi alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia, in allegato al presente documento completo di parte narrativa e n. 4 allegati dove sono presenti i percorsi formativi che rispondono alle richieste di fabbisogno pervenute.

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

Nel PFA sono chiaramente indicati:

- il rationale delle proposte formative;
- gli obiettivi delle proposte formative;

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

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

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

4. MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico

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

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

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

4.2 Monitoraggio performance

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

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

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

4.3 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

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

Il documento *“Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013”* approvato con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 di ANAC istituisce la procedura di validazione dei requisiti della qualità del dato pubblicato mediante una sistematica attività di verifica riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da pubblicare. La procedura di validazione è affidata alla rete dei Referenti della trasparenza in quanto soggetti che conoscono approfonditamente i dati e le informazioni elaborate.

Al fine di dare maggior evidenza all’attività di validazione in capo ai singoli responsabili è stata condivisa e programmata un’attività di controllo trimestrale a campione sulle singole sezioni dell’AT (3 sottosezioni a trimestre), da parte dell’RPCT ed i cui esiti vengono formalmente comunicati ai singoli responsabili. Nel corso del 2025, tale controllo è stato effettuato su un campione di almeno il 20% degli obblighi pubblicati per ciascuna categoria. Il metodo di selezione utilizzato è stato il campionamento randomizzato ma ragionato, con rotazione dei settori oggetto di verifica per garantire la copertura completa dell’anno. Il metodo è stato condiviso con l’Organismo Indipendente di Valutazione nel corso della seduta del 10/11/2025.

Tale attività proseguirà anche nel corso del 2026. Inoltre al fine di sensibilizzare ulteriormente i singoli responsabili, in sede di secondo monitoraggio, e nell’ottica di dare attuazione al percorso di validazione da ultimo modificato con la delibera Anac 481/2025 si procederà all’acquisizione della certificazione della pubblicazione dei dati contenuti nei nuovi schemi , art. 4 bis art.13 e art. 31, da parte del responsabile della struttura interessata.

Per quanto concerne invece il monitoraggio dei rischi corruttivi, il verbale riepilogativo degli audit dell’anno precedente conservato agli atti della SSD Programmazione e controllo, viene utilizzato ai fini della valutazione finale dell’obiettivo collegato al rispetto degli obblighi anticorruzione e trasparenza e viene considerato quale punto di partenza per la formulazione degli obiettivi dell’anno successivo.

4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

Il monitoraggio del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale viene effettuato in sede di monitoraggio trimestrale. Come previsto anche nelle linee di gestione 2026; i piani triennali potranno

essere modificati in occasione dei rendiconti infrannuali, in cui dovranno essere riportate le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, previo parere formulato da ARCS, approverà espressamente le proposte di rimodulazione dei fabbisogni, e dell'eventuale conseguente rimodulazione del tetto di spesa, entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

La tabella sotto riportata evidenzia sinteticamente strumenti, tempi e responsabili delle diverse tipologie di monitoraggio sopradescritte.

Tipologia di monitoraggio	Strumenti e modalità	Tempi	Responsabile
4.1 Monitoraggio valore pubblico	Rendiconti trimestrali inviati ad ARCS e DCS e bilancio d'esercizio	31/5 - 31/7 31/10 - 30/4 anno successivo	Direzione Strategica e Responsabile SSD Programmazione e controllo
4.2 Monitoraggio performance	Monitoraggio infrannuale e finale (Relazione performance)	31/8 di norma 30/6 anno successivo	Direzione Strategica e Responsabile SSD Programmazione e controllo Validazione: Organismo indipendente di valutazione
4.3 a Monitoraggio rischi corruttivi	Monitoraggio infrannuale e finale	31/8 di norma 30/6 anno successivo	RPCT
4.3 b Monitoraggio trasparenza	-Monitoraggi trimestrali - Attestazione OIV nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	31/3 - 30/6 - 30/9 - 31/12 - di norma 31/5 dell'anno successivo	RPCT OIV
4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano	Rendiconti trimestrali inviati ad ARCS e DCS e bilancio d'esercizio	31/5 - 31/7 31/10 - 30/4 anno successivo	Direzione Strategica e Responsabile SSD Politiche del Personale

ALLEGATI

ALLEGATO 1: REFERENTI LINEE DI GESTIONE 2026

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

ALLEGATO 3: REGISTRO DEI RISCHI 2026

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

ALLEGATO 5: TABELLA DEGLI ADEMPIMENTI DI PUBBLICAZIONE PER LA TRASPARENZA 2026

ALLEGATO 6: PIANO FORMAZIONE AZIENDALE

ALLEGATO 7: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 1

Referenti Linee di gestione 2026

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO C16.2.N	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	> = 80% (valore gen-apr 2025 83,9%)	Amaddeo	Strajn				31.12.2026	
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO C16.1.NA	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (HUB)	> = 80% (valore gen- apr 2025 82,4%)	Amaddeo	Strajn				31.12.2026	
A.2 Gestione del sovraffollamento del pronto soccorso	BERSAGLIO D9	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	<=2% (valore gen-apr 2025 1,4%)	Amaddeo	Strajn				31.12.2026	
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.a	Utilizzo RAO	Relazione e proposte di interventi di miglioramento	Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione sull'andamento e di proposte di interventi per il miglioramento aziendale e proposte per interventi regionali per il miglioramento entro il 30.03.2026	Buchini	Urriza		Collaborazione con DCS	Definizione di interventi e indirizzi regionali di miglioramento entro il 30.6.2026	30.03.2026	
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.b	Utilizzo RAO	% utilizzo "Altro"	da 01.05.2026 Altro <= 20%	Buchini	Urriza		Monitoraggio e report a luglio a DCS		31.12.2026	
B.1 Governo della domanda e appropriatezza	B.1.b	Utilizzo RAO	% Valutazione concordanza	a decorrere dal 01.05.2026 Valutazione concordanza > = 90%	Buchini	Urriza		Monitoraggio e report a luglio a DCS		31.12.2026	
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.b	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Trasmissione a DCS del documento di riconoscimento delle risorse (apparecchiature e personale) delle strutture di diagnostica per immagini	Entro il 31.03.2026	Granata	Loredan	Basile	Supporta gli Enti nella raccolta delle informazioni richieste dalla riconoscione		31.03.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.c	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	Catchment index delle prestazioni del paniere Agenas incluse nel progetto (2° semestre)	+ 10%	Buchini	Granata		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		31.12.2026	
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.d	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas prescritte in classe di priorità B garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Buchini	Granata		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		Monitoraggio trimestrale	
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.e	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità D garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Buchini	Granata		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		Monitoraggio trimestrale	
B.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	B.2.1.f	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica per immagini	% di prestazioni radiologiche del paniere Agenas incluse nel progetto prescritte in classe di priorità P garantite entro i tempi (2° semestre)	+20% se dato 1° trimestre <=50% +15% se dato 1° trimestre >50% e <=70% +10% (o fino al 90%) se dato 1° trimestre >70% Calcolato sulla base del dato 1° trimestre 2026	Buchini	Granata		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		Monitoraggio trimestrale	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.a	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Individuazione dei fattori all'origine dei ritardi per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa	documento trasmesso a DCS entro il 31.1.2026	Petretic	Serra				31.01.2026	
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.b	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Definizione e applicazione di un piano di recupero immediato per ciascun intervento e ciascuna struttura erogativa (2° semestre)	entro il 31.3.2026	Petretic	Serra				31.03.2026	
B.2.2 Miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato	B.2.2.c	Riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati chirurgia non oncologica oggetto di monitoraggio ministeriale	Definizione degli interventi con cui ridurre/eliminare i fattori individuati nel medio termine per ciascuna prestazione e ciascuna struttura erogativa	entro il 30.6.2026	Petretic	Serra				30.06.2026	
B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	LEA NSG D10Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex post (residenti FVG)	>=90%	Buchini	Urriza		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		31.12.2026	
B.3.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	LEA NSG D11Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D – monitoraggio ex post (residenti FVG)	>=90%	Buchini	Urriza		Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila		31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
B.3.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	BERSAGLIO C10.4.12	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore 2024 94,8% Valore gen-apr 2025 88%)	Petretic	Ricci				31.12.2026	
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore 2024 87,23% Valore gen-apr 2025 70,59%)	Petretic	Schleef				31.12.2026	
B.3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica	B.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore 2024 76,92% Valore gen-apr 2025 87,50%)	Petretic	Schleef				31.12.2026	
C.3 Percorsi di cura	C.3.d	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'OVARIO	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'ovaio entro il 31.12.2026	Ricci	Petretic				31.12.2026	
C.3 Percorsi di cura	C.3.e	Progettazione e l'implementazione dei PDTA AZIENDALI del paziente affetto da neoplasia dell'UTERO.	Adozione del PDTA Aziendale del paziente affetto da neoplasia dell'utero	Adozione del PDTA unico ASUGI-BURLO del paziente affetto da neoplasia dell'utero entro il 31.12.2026	Ricci	Petretic				31.12.2026	
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.a	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani di prevenzione	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Urriza	Carosi	Ronfani		Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.b	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani pandemici	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Russian	Carosi		Coordinamento e monitoraggio		31.12.2026	
1.1 Realizzazione della attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore	1.1.c	Analisi e redazione di un piano, per ciascuna Azienda Sanitaria, di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS	Analisi e redazione di un piano, per ciascuna Azienda Sanitaria, di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS.	1 Piano aziendale	Russian	Carosi		Coordinamento e monitoraggio		30.05.2026	
1.4 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	BERSAGLIO B7.4	BERSAGLIO B7.4 Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25%	Russian	Scolz		Coordinamento e monitoraggio		31.12.2026	
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.d	Attivazione dello screening pediatrico diabete di tipo 1	Attivazione dello screening regionale	?-	Barbi	Tornese	Urriza			31.12.2026	
1.7 Attività di screening non oncologici	1.7.e	Attivazione dello screening neonatale celiachia	Attivazione dello screening neonatale celiachie	Screening attivato	Di Leo	Urriza				31.12.2026	
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.a.1	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%	Travan	Debelli	Pim		Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.a.2	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento	Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%	Cassone	Marrazzo			Monitoraggio	31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.b	Promozione e sostegno all'allattamento. Le Aziende promuovono la donazione del latte umano per l'alimentazione dei neonati ad alto rischio	disponibileità di materiale informativo per promuovere la donazione del latte materno	evidenza	Travan	Ferrari			Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
1.9 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.9.d	Vaccinazioni in gravidanza: le Aziende definiscono un protocollo operativo per l'offerta e la somministrazione delle vaccinazioni in gravidanza	Presenza del documento	evidenza	Ricci	Maso	Debelli		Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita	1.11.a	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Numero di eventi formativi	>1	Carosi	Amaddeo			Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
1.11 Sicurezza negli ambienti di vita	1.11.b	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (bambini, anziani)	Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). disponibileità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità. Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	> = 1 intervento di comunicazione	Carosi	Amaddeo	Rabach		Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
1.13 Contrastò alla antibiotico resistenza	1.13.a	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Le ASL applicano il protocollo regionale di sorveglianza dei microrganismi sentinella applicato	adozione del protocollo operativo regionale di sorveglianza dei microrganismi sentinella applicato	SI	Scolz	Serra			Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.b	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG.. Le ASL e IRCCS (dove possibile) partecipano: allo studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni del MS/ECDC e in base alle proprie competenze, in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC), allo studio di incidenza SPIN-UTI in almeno una terapia intensiva per azienda (per le ASU/AS), alla sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico e alla sorveglianza dell'incidenza delle infezioni HALT (long term facilities health care). (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-2 ,1-2-3 1-2-4, 1-2-5, 1-2-6)	Partecipazione alla sorveglianza	Partecipazione ad almeno 2 sorveglianze (per IRCCS dove possibile)	Scolz	Serra	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata		
1.13 Contrasto alla antibiotico resistenza	1.13.i	Verificare ed eventualmente aggiornare le Linee Regionali di gestione e indirizzo terapeutico: Gestione terapeutica delle polmoniti batteriche; Gestione terapeutica delle infezioni delle vie urinarie; Gestione terapeutica delle infezioni della cute e dei tessuti molli; Indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi; Indicazioni per la gestione delle infezioni da Acinetobacter baumannii. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-1)	Individuato gruppo tecnico regionale ristretto per aggiornare le LR di indirizzo terapeutico e LR censite per necessità di aggiornamento (SI'/NO)	SI' (Se necessaria partecipazione)	Scolz	Serra	Coordina GdL per verifica e aggiornamento di almeno 2 linee regionali di indirizzo terapeutico	Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata		

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.13 Contrast o alla antibiotico resistenza	1.13.j	Sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-2)	Relazione su attività svolte per dare sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo (SI'/NO)	SI'	Scolz	Serra			Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata	
1.13 Contrast o alla antibiotico resistenza	1.13.k	Favorire l'introduzione e l'aggiornamento di test rapidi per screening di colonizzazione o infezione con agenti coinvolti nelle infezioni correlate all'assistenza in ospedale. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Mappatura ed eventuale aggiornamento dei test screening ICA (SI'/NO)	SI'	Scolz	Serra			Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata	
1.13 Contrast o alla antibiotico resistenza	1.13.m	Dotare i professionisti coinvolti nella sorveglianza e gestione delle ICA nelle ASL e IRRCS del FVG di strumenti di lavoro che favoriscano il coordinamento agile della comunicazione interna e la raccolta ed analisi dei dati. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Elenco esigenze IT (SW e HW), mappatura professionisti da dotare di nuovi strumenti e inizio azioni per acquisizione strumenti. (SI'/NO)	SI'	Scolz	Orsini			Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26	condizionata	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.a	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni centro (ambulatorio, non distretto) deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni / anno, anche tramite la riorganizzazione dell'offerta e dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	Cadenaro	Russian				31.12.2026	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.b	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni azienda deve garantire un aumento del 2,5% delle prestazioni erogate nell'anno 2024 o nell'anno 2019, se superiore al 2024.	Aumento del 2,5% delle prestazioni ambulatoriali rispetto a quelle erogate nell'anno 2024 o nell'anno 2019, se superiore al 2024	Cadenaro	Russian				31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.c	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	<=33%	Cadenaro	Russian				31.12.2026	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.d.1	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attività svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attesa, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorità UBDP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attività professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorità UBDP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione	4 report trimestrali trasmessi	Cadenaro	Russian				Monitoraggio trimestrale	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.d.2	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Presenza in carico dei pazienti con disabilità	50% dei pazienti minorenni segnalati da ASUGI	Cadenaro	Russian				31.12.2026	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.e	Pianificazione della gestione delle risorse del personale	Analisi per corretta allocazione delle prestazioni nell'adeguato setting assistenziale (ambulatoriale/DH/ricovero) e nel corretto ambito disciplinare	Trasmissione relazione entro il 31.03.2026	Cadenaro	Russian				31.03.2026	
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.f	Gestione delle risorse materiali	Inventario al 31.12.2025 delle attrezzature odontoiatriche (riuniti, radiografici sterilizzatrici, laser, ecc) con anno di acquisizione, sede di utilizzo, stato di funzionalità, condizioni di utilizzo e costo di manutenzione annuo del 2025	Trasmissione relazione entro il 31.03.2026	Cadenaro	Basile				31.03.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
1.14 Programma di odontoiatria pubblica	1.14.h	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione del progetto DAMA	Entro 30.6.2026 attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS	Schreiber	Cadenaro				30.06.2026	
1.15 Screening oncologici	1.15.1.d	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di Appuntamenti per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dall'esecuzione dell'esame di primo livello	>= 90% (valore 2024 80%)	Ricci	Wiesenfel	Urriza			31.12.2026	
2.2 Atri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale	2.2.b	Proseguzione attività di sviluppo e utilizzo della cartella territoriale informatizzata	L'accertamento multidimensionale dei minori, progettato nel 2025, è adottato a livello regionale e implementato su Cartella 4.0. Lo strumento alimenta in automatico i flussi ministeriali SIAD.	Entro il 31.12.2026	Casolino	Cagnolin				31.12.2026	
2.2 Atri obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale	2.2.d	Procedure per garantire la presenza dell'assistente alla persona con disabilità ricoverato e l'accesso facilitato alle prestazioni ambulatoriali	Le procedure definite dalle aziende sono operative	Trasmissione alla DCS e ad ARCS della relazione entro il 15.04	Russian	Cassone			Coordinamento, valutazione e definizione dell'eventuale piano di miglioramento	15.04.2026	
2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	2.11.a	Sviluppare la continuità delle cure e dell'assistenza ai minori clinicamente complessi seguiti dai servizi di NPI e riabilitativi nel passaggio alla maggior età.	partecipare ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS	Vedi target	Carrozzi	Cagnolin				condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
2.11 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	2.11.b	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'età evolutiva (con attenzione all'età adolescenziale)	Elaborazione e trasmissione ad ARCS e alla DCS di un documento di analisi epidemiologica regionale inerente le patologie neuropsichiatriche e neurologiche dell'età evolutiva (con attenzione all'età adolescenziale)	Trasmissione ad ARCS e alla DCS del documento richiesto entro il 31.12.2026	Carrozzi	Ronfani		Supporto, coordinamento e valutazione		31.12.2026	
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.a	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 72%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥72%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 72% è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla Struttura.	≥ 72%	Arbo	Trojniak		Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio semestrale	31.12.2026	
3.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	3.3.b	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2025 >= 50%	<50%	Arbo	Trojniak		Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale	31.12.2026	
3.5 Farmacovigilanza	3.5.a	Indicazione del reparto/dipartimento di afferenza del segnalatore operatore sanitario ospedaliero nella sezione "C. Segnalatore"	Schede con indicazione reparto segnalatore o.s. ospedaliero / Totale schede con segnalatore o.s. ospedaliero ≥80%	≥80%	Arbo	Trojniak			Monitoraggio semestrale	31.12.2026	
3.5 Farmacovigilanza	3.5.b	Mantenimento o incremento del numero di segnalazioni di Sospette Reazioni Avverse (ADR) rispetto all'anno precedente	(SRNF2026-SRNF 2025)/SRNF 2025 ≥ 5% SRNF2026≥ 60** SRNF: segnalazioni nell'anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2025≤60	SRNF2026 ≥60	Arbo	Trojniak			Monitoraggio semestrale	31.12.2026	
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.d	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risultò disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2026 vs % uso 2025	Δ % >0 2026-2025	Arbo	Trojniak			Monitoraggio quadrimestrale	31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.e	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	Δ % >0 2026-2025	Arbo	Trojniak			Monitoraggio annuale	31.12.2026	
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10) Modalità di calcolo: UP farmaco biosimilare/totali UP consumate Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	>=90% (valore 2024: 72% valore gen-mag 2025: 94%)	Arbo	Trojniak		Monitoraggio		31.12.2026	
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.i	Incremento % di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' del farmaco biosimilare o vincitore di gara di SOMATROPINA (1° in graduatoria gara farmaci biologici) in DPC	% di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' di biosimilare rispetto al totale di Piani Terapeutici informatizzati 'prima prescrizione' con principio attivo SOMATROPINA (ATC5 Somatropina: H01AC01)	≥ 92% (valore gen-giu 2025: 90,9 %)	Arbo	Trojniak		Monitoraggio		31.12.2026	
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.j	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare FILGRASTIM (1° graduatoria gara farmaci biologici FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE) rispetto ai restanti farmaci biosimilari	% di consumo di farmaco FILGRASTIM (1° graduatoria gara farmaci biologici FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE) rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo FATTORE DI CRESCITA DELLE COLONIE rispetto ai restanti farmaci biosimilari (ATC Fattore di crescita delle colonie: L03AA) Modalità di calcolo: UP farmaco biosimilare aggiudicatario di gara /totali Up consumate farmaci biosimilari Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	>=95% (valore 2024: 53% valore gen-mag 2025: 96%)	Arbo	Trojniak		Monitoraggio		31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.1.c	1. Nel 2026, vengono attuati dei percorsi formativi per favorire l'uso appropriato delle medicazioni e delle risorse	Successivamente al percorso formativo ARCS, gli Enti del SSR realizzano dei percorsi formativi interni sull'uso delle medicazioni sia in ambito ospedaliero che territoriale	almeno 1 edizione formativa entro il 31.12.2026	Tempesta	Pim				31.12.2026	
3.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	3.6.1.c	2. L'uso di questi dispositivi (medicazioni) viene monitorato periodicamente	Il Tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici analizza periodicamente i dati di spesa e consumo delle medicazioni	Gli Enti diffondono al loro interno i report di monitoraggio e riscontrano a DCS e ARCS, entro le scadenze che saranno indicate dal coordinatore del Tavolo, gli eventuali approfondimenti che si rendessero necessari	Arbo	Tempesta				condizionata	
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	al 30.6.2026 nei gestionali di magazzino non sono presenti referenze dei dispositivi medici con "numero di BD/RDM da individuare" (Progressivo DM + Tipo: 1-1)	Arbo	Carlevaris				30.06.2026	
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	al 31.12.2026 nei gestionali di magazzino non sono presenti referenze dei dispositivi medici con "numero di BD/RDM da individuare" (Progressivo DM + Tipo: 1-1)	Arbo	Carlevaris				31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
3.7 Flussi informativi dei dispositivi medici	3.7.a	Nel 2026, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM e agiscono per favorire complessivamente azioni di governance	1. Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo verso il Ministero della salute riferito ai dispositivi medici L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	riduce entro il 30.4.2026 il numero delle referenze dei dispositivi medici "Dispositivo medico senza repertorio" rispetto al dato rilevato il 31.12.2025 e lo mantiene tale fino al 31.12.2026	Arbo	Carlevaris				30.04.2026	
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	1. Ogni Ente assicura la piena attività della dispositivo-vigilanza all'interno della propria organizzazione attraverso l'individuazione dei Responsabili locali di vigilanza (RLV) e dei loro sostituti senza soluzione di continuità. Distintamente per i DM e per gli IVD nei casi previsti.	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	Arbo	Trojniak				condizionata	
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono sempre attivo il profilo	Arbo	Trojniak				condizionata	
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	Arbo	Trojniak				condizionata	
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.a	Nel 2026, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati dalla DCS con la nota prot. n. 530763/2025	2. Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori di cui alla nota citata	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta	Arbo	Trojniak				condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
3.8 Dispositivo vigilanza	3.8.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	In ogni Ente del SSR è assicurata la formazione degli operatori sanitari sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.	al 31.12.2026 >= 2 ulteriori operatori sanitari (rispetto al 2025) di ogni: - SC/SSD sanitaria - Dipartimento di salute mentale, - Dipartimento delle Dipendenze - Dipartimento di Prevenzione - Distretto hanno superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza	Arbo	Trojniak				31.12.2026	
3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	3.9.a	2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	2.1 Gli Enti assicurano la partecipazione attiva dei propri referenti ad ogni riunione del Tavolo di monitoraggio, danno seguito alle attività concordate e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta entro i termini indicati dal coordinatore del Tavolo	partecipazione dei referenti degli Enti alle riunioni e relazione presentata entro i termini	Arbo	Trojniak				condizionata	
3.9 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	3.9.a	2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	2.2 Gli Enti diffondono agli operatori interessati il report di monitoraggio trasmesso dalla DCS	evidenza della diffusione di ogni report	Arbo	Trojniak				31.12.2026	
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.b	Gestione delle fatture per l'acquisto di DM/IVD	Tutti gli Enti gestiscono correttamente le fatture per l'acquisto di DM/IVD	Al 31.12.2026 almeno il 95% delle fatture per l'acquisto di DM/IVD risultano gestite secondo le indicazioni ministeriali	Arbo	Carlevaris		Coordinamento e vigilanza		31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	BERSAGLIO F10.3.1	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per punto DRG Modalità di calcolo: spesa per CND elencati/punti DRG Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore ≤19,21€ (valore 2024: 19,21€ valore gen-mag 2025: 21,95€)	Schreiber	Casolino		Monitoraggio		31.12.2026	
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	BERSAGLIO F10.3.7.1B	Governo della spesa per medicazioni specialistiche utilizzo ospedaliero	Costo medicazioni specialistiche per giornata di degenza Modalità di calcolo: costo medicazioni (CND M04)/ giornata di degenza Fonte: SISSR-BO- dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore ≤3,55€ (valore 2024: 3,55€ valore gen-mag 2025: 3,18€)	Schreiber	Casolino		Monitoraggio		31.12.2026	
3.10 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	3.10.f	Tutti gli Enti collaborano all'avvio di una nuova attività a valenza regionale sui DM/IVD introdotti nei percorsi di diagnosi e cura (esclusi i DM della CND Z non ricompresi nell'assistenza integrativa)	Gli Enti riscontrano le richieste della DCS	Riscontri completi e tempestivi	Arbo	Trojniak		ARCS collabora con la DCS nelle attività specifiche che saranno concordate	Avvio attività e invio richieste	condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	Lea NSG H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,20 (valore FVG 2024: 0,25 Valore gen-apr 2025: 0,25)	Urriza	Buchini	Linda			31.12.2026	
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	BERSAGLIO C2A.M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2024:-0,46 Valore gen-apr 2025: -0,51)	Urriza	Buchini	Linda			31.12.2026	
4.1 Appropriatezza e efficienza operativa	BERSAGLIO C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 (valore FVG 2024:0,33 Valore gen-apr 2025: 0,56)	Urriza	Buchini	Linda			31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.a	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico	% di ostetriche formate sulla gestione delle gravidanze BRO	>=70%	Debelli	Pim			Monitoraggio	31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.b	Le Aziende promuovono l'informatizzazione del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO)	Percentuale di operatori dedicati formati sull'utilizzo delle schede informatizzate su G2 clinico	>=90%	Debelli	Piazza			Coordinamento e monitoraggio	31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.c	Le Aziende promuovono il percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) incentivando la gestione in autonomia delle ostetriche delle gravidanze BRO	N° gravidanze che hanno seguito il percorso BRO a conduzione ostetrica /N° di gravidanze etichettate BRO al ricovero per il parto x 100	>=50%	Ricci	Debelli	Degrassi			31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
4.2 Assistenza materno infantile	BERSAGLIO C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20%	Ricci	Maso	Debelli	Monitoraggio		31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	BERSAGLIO C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5% (valore 2024: 7,42% Valore gen-apr 2025: 8,91%)	Ricci	Maso		Monitoraggio		31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.d	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	entro 30.9.2025	Ricci	Travan	Cagnolin		Monitoraggio	30.09.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.d	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	Definizione di un percorso aziendale congiunto ospedale-territorio per la presa in carico della donna e del neonato nel periodo successivo alla dimissione dall'ospedale	entro 31.12.2025	Ricci	Travan	Cagnolin		Monitoraggio	31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.g.1	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	Almeno 1 evento formativo sulla salute mentale perinatale	1 evento	Ricci	Maso	Zanello		Monitoraggio	31.12.2026	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.j	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale: promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Un evento formativo, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale	>=1 evento formativo	Travan	Pim			Monitoraggio	31.12.2026	
4.4 Trapianti e donazioni	4.4.c	Donazione di placenta	Avvio / mantenimento	Avvio	Urriza	Russian	Debelli			31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
5.3 Altre reti	5.3.1.a	Rete cure palliative Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026	2 pl +2 pl attivabili	De Zen	Russian				31.12.2026	
5.3 Altre reti	5.3.1.g	Rete cure palliative Adozione a livello aziendale del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale della persone in Cure Palliative in FVG"	n. di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	De Zen	Pim				31.12.2026	
5.3 Altre reti	5.3.1.h	Rete cure palliative Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	De Zen	Arbo	Pim			31.12.2026	
5.3 Altre reti	5.3.1.i	Rete cure palliative Percorso di cura integrato per la presa in carico del paziente adulto; migliorare la rilevazione dei dati di attività della rete Cure Palliative	Definizione e adozione da parte degli enti di un lessico uniforme da utilizzare per la registrazione delle consulenze di Cure Palliative nel paziente ricoverato	Entro 30.06.2026	De Zen	Urriza		Coordinamento e approvazione del documento di consenso della rete		30.06.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
5.3 Altre reti	5.3.1.j	Rete cure palliative PDTA del paziente pediatrico in cure palliative	Trasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG"	Entro 31.12.2026	Barbi	De Zen	Urriza			31.12.2026	
5.3 Altre reti	5.3.10.b.1	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	Evidenza presso ogni Azienda di una procedura per la gestione condivisa tra rete di Promozione della Salute e Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali del benessere organizzativo	entro 30.06.2026	Carosi	Russian				30.06.2026	
5.3 Altre reti	5.3.10.b.2	Rete HPH Valorizzazione del personale che opera nei team multiprofessionali per la promozione della salute in sinergia con SPP, Comitati Unici di Garanzia e altre iniziative di benessere sul posto di lavoro. Evidenza di collaborazione fra i diversi stakeholders che si occupano di fattori di protezione e fattori di rischio nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro nel setting sanitario.	Evidenza di almeno 1 progetto condiviso tra rete HPH e SPP per la promozione del benessere del personale	entro il 31.12.2026	Carosi	Russian				31.12.2026	
6.1 Modello di governance per la gestione ed innovazione dei sistemi informativi del SSR	6.1	Cruscotto regionali di monitoraggio dei sistemi informativi	Cruscotto operativo entro il 30 giugno 2026	alimentazione cruscotto secondo standard approvati da DCS su proposta di ARCS	Orsini			Proposta standard di alimentazione del cruscotto	Approvazione standard alimentazione del cruscotto	condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Analizzare i diversi modelli organizzativi adottati dagli Enti sanitari del SSR e confrontarli con le best practice al fine di definire un modello di riferimento di concerto con gli Enti entro il 30.4.2026	partecipazione alle attività	Orsini			Coordinamento tecnico-operativo	Indirizzo strategico (validazione documento entro il 30.6.2026)	30.04.2026	
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Presentazione da parte di ciascuna azienda alla Direzione centrale salute di un piano di adeguamento organizzativo, con chiari obiettivi di riallineamento ai macro-trend e al modello individuato e funzionale alla programmazione regionale del SSR 2027	entro 30.9.2026	Orsini			Coordinamento tecnico-operativo	Indirizzo strategico	30.09.2026	
6.2 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi informativi degli enti del SSR	6.2	Rafforzare l'organizzazione delle Strutture deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi del SSR, attraverso l'adozione di nuovi modelli gestionali e il potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse strutturali e professionali	Realizzare gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale informazione ad ARCS e alla Direzione centrale	entro 31.12.2026	Orsini			Coordinamento tecnico-operativo	Indirizzo strategico	31.12.2026	
6.4 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi	6.4	Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA),	Adottare il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA), corredata da una relazione illustrativa, entrambi da redigere secondo le indicazioni che saranno fornite da ARCS	entro il 31.5.2026	Orsini			Indicazioni fornite alle Aziende in tempo utile per la redazione del programma preliminare		31.05.2026	
6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi	6.7.1	Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti dal Decreto del 19/02/2025: • 2.029 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2025; • 4.830 pazienti cronici da trattare in Telemedicina al T3 2026;	4.830 pazienti cronici a livello regionale (T3 2026)	Buchini	Urriza	Orsini			31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
6.7 Progetti PNRR di innovazione dei sistemi informativi	6.7.3	Missione 6 C2 I1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: 1) Alimentazione FSE 2.0 da parte degli Enti del SSR per la quota parte degli strumenti di proprietà. 2) Alimentazione FSE 2.0 per la quota parte del patient summary, corredato di firma digitale, da parte dei MMG/PLS	Gli Enti del SSR completano il percorso di adeguamento dei propri sistemi informativi per l'alimentazione del FSE secondo gli standard stabiliti (FSE 2.0) e identificano i casi residui per i quali è necessaria una soluzione diversa.	entro 31.3.2026	Urriza	Orsini				31.03.2026	
7. Flussi informativi	7.a	Utilizzo delle classificazioni ICD 10 IM e CIPI per i flussi SDO (scheda dimissione ospedaliera), EMUR (Emergenza urgenza), SISD (Dipendenze) e SISM (salute mentale).	Sono utilizzati i sistemi di classificazione ICD 10 IM e CIPI per i 4 flussi elencati	100%	Urriza	Buchini		Supporto alla DCS	Responsabile dell'attività	31.12.2026	
7. Flussi informativi	7.e	Tempestività e completezza dell'alimentazione del flusso hospice	% di completezza del flusso hospice in tempo utile ad effettuare i controlli propedeutici alla tempestiva alimentazione del flusso ministeriale (1° trimestre: entro il 20 aprile; 2° trimestre: 20 luglio; 3° trimestre: 20 ottobre; 4° trimestre: 20 gennaio (anno successivo)	98%	De Zen	Urriza		Monitoraggio		20.04.2026	
7. Flussi informativi	7.f	Tempestività e completezza dell'inserimento in NSIS da parte delle Aziende dei Flussi informativi disciplinati dal D.P.C.M. 17.5.1984 e s.m.i. (FLS-11; FLS-12; FLS-18; FLS-21; HSP-12; HSP-13; HSP-14; HSP-22bis; HSP-23; HSP-24; STS-14; STS-21; STS-24)	% di modelli ministeriali inseriti in maniera completa e nel rispetto delle tempistiche previste dal ministero	100%	Vardabasso	Perosa		Monitoraggio		31.12.2026	
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.1.a	Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico	Istituzione di un Tavolo tecnico regionale con la partecipazione di ciascun Ente del S.S.R. di ARCS e DCS, con eventuale partecipazione di ulteriori stakeholder rilevanti	Garantire la partecipazione al tavolo tecnico regione	Tempesta	Cassone	Mandelli	vedi target	Atto di istituzione di un Tavolo tecnico regionale entro il 15.02.2026	15.02.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.1.b	Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico	Elaborazione di un Piano regionale strategico partecipato ai fini dell'adozione da parte degli Enti ssr dei Piani attuativi aziendali di contrasto alla carenza di personale sanitario/infermieristico infermieristico e per favorire il benessere lavorativo del personale del SSR	Contribuire alla elaborazione del piano regionale attraverso la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo tecnico regionale	Tempesta	Cassone			Approva entro 31.10.2026	30.09.2026	
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.a	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4^ e 5^ superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	OPEN DAY presso le sedi dei CDL (coinvolgimento TD, RAFP, Coordinatore del CDL) per far conoscere l'offerta formativa, le attività formative e le iniziative realizzate nelle sedi dei CDL	Partecipazione/ collaborazione attiva alla realizzazione degli OPEN-DAY	Tempesta	Cassone		Supporto alla DCS	Coordinamento e verifica delle attività poste in essere entro il 31.12.2026	30.04.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.b	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4^ e 5^ superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	Pubblicazione sui siti aziendali delle attività ed iniziative del CDL (SI/NO)	SI/NO	Tempesta	Fontanot		Supporto alla DCS	Coordinamento e verifica delle attività poste in essere entro il 31.12.2026	30.04.2026	
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.c	Promuovere la visibilità e l'attrattività del CDL in infermieristica TARGET: - Giovani delle classi 4^ e 5^ superiori licei, istituti tecnici ecc.... in fase di orientamento e loro famiglie - Giovani che intendano iscriversi a Scienze infermieristiche e loro famiglie - Già iscritti al corso di laurea (per sostegno anni successivi) - Già occupati nel SSR (esempio OSS), ma interessati a intraprendere un percorso di crescita professionale	Giornate informative volte alla valorizzazione della figura dell'infermiere, in sinergia con l'Ordine Professioni infermieristiche territorialmente competente (iniziativa pubbliche a carattere sanitario e sociale, come le giornate per la prevenzione, l'educazione alla salute o promozione del primo soccorso)	>2	Tempesta	Cassone		Supporto alla DCS	Coordinamento e verifica delle attività poste in essere entro il 31.12.2026	31.12.2026	
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.3.d.2	Valorizzare le specializzazioni sanitarie (mediche e non mediche), in particolare quelle a minore attrattività (per es medicina di emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, medicina interna...)	Per gli specializzandi (medici e non medici) ma anche per i neo assunti delle professioni sanitarie, assicurare un adeguato livello qualitativo e quantitativo dell'attività di tutoraggio in fase di inserimento nella struttura di assegnazione	n. iniziative formative realizzate > 1	Barbi	Ricci				31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
8.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario	8.1.5.a	Gestione delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica - al fine di un utilizzo appropriato delle competenze	Definizione del progetto con sviluppo quinquennale (ARCS) e analisi dei dati regionali	- Collaborare alla raccolta e analisi dei dati - Partecipare alle attività dei GGddLL regionali e implementare gli strumenti individuati.	Tempesta	Carosi	Mandelli		Monitoraggio attività e valutazione degli esiti del 1° step del progetto, propedeutica all'avvio delle attività di individuazione della policy previste dal 2° step	31.12.2026	
9.1 Programmazione della formazione	9.1.1.a	Pianificazione delle attività formative aziendali annuali anno 2026	Definizione nel PAL/PAO degli obiettivi aziendali strategici della formazione Adozione del PFA (dettaglio corsi) quale sezione del PIAO 2026-2028 (SI'/NO)	SI/NO	Pim			Coordinamento e monitoraggio	Verifica della coerenza della pianificazione con le linee strategiche	30.12.2025	
9.1 Programmazione della formazione	9.1.2.a	Rendicontazione della formazione anno 2025	Elaborazione della relazione annuale dei provider regionali della formazione secondo il format condiviso (SI'/NO)	entro 30.4.2026	Pim			Coordinamento e monitoraggio	Trasmissione dei dati di interesse alla Commissione nazionale FC e adozione della relazione annuale nei tempi previsti	30.04.2026	
9.2 Iniziative formative prioritarie	9.2.1.a	Missione 6 Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Raggiungimento del target previsto dal progetto PNRR di n.7537 dipendenti del SSR formati, a cui si aggiungono +104 da ridistribuire	n. 307 dipendenti	Pim			Coordinamento e monitoraggio		30.06.2026	
10.6 Altri disposizioni	10.6.2	Predisposizione del programma preliminare degli investimenti 2027 (PPI 2027)	Adozione e trasmissione al NVISS del PPI 2027 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti	entro il 30.9.2026	Ferrin			Coordinamento		30.09.2026	
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.a	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	Comunicazione ad ARCS della catena dei CIG Padre&Derivato attivati nel periodo	Con cadenza trimestrale	Carlevaris	Basile			Monitoraggio trimestrale		

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.b	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	% riferimenti CIG Padre&Derivato inseriti negli ordini agli Operatori economici per l'attivazione dei contratti di noleggio e service	100%	Carlevaris	Basile				31.12.2026	
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.c	Monitoraggio delle procedure di acquisizione di beni con la formula del noleggio e del service	% di CIG derivati inseriti nella piattaforma unica regionale AITB per la gestione tecnico/operativa delle tecnologie biomedicali sul totale dei nuovi collaudi	100%	Carlevaris	Basile				31.12.2026	
10.6 Altri disposizioni	10.6.4.e	Valutazione del dimensionamento della dotazione tecnologica biomedicale del SSR	Trasmissione ad ARCS di una nota di conferma dell'avvenuto aggiornamento del sistema informativo unico regionale per il governo tecnico- manutentivo del parco macchine biomedicale con i collaudi delle nuove tecnologie e con le dismissioni delle tecnologie obsolete	Entro 10 febbraio 2026	Carlevaris	Basile				10.02.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.c	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	individuazione formale dei soggetti per i ruoli dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali di Programma (RAP) per i PP.OO. e il territorio	entro 31.12.2026 trasmissione formale ad ARCS e DCS di documento comprovante l'avvenuta individuazione formale dei soggetti	Serra	Scolz				31.12.2026	31.01.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.d	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Avvio di specifiche azioni per il rafforzamento della rete dei link professional, secondo le necessità emerse dalle rilevazioni effettuate, in particolare per le seguenti linee di lavoro: a. prevenzione e controllo delle infezioni; b. sicurezza delle cure	Invio alla DCS entro 31.12.2026 di una relazione attestante le attività di implementazione della rete dei link professional per i PP.OO. e il territorio per le seguenti linee di lavoro: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure	Serra	Scolz				31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.e	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES) - Identificazione e comunicazione degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali	Inserimento degli eventi sentinella secondo le indicazioni ministeriali. I tempi sono indicati dai documenti ministeriali di riferimento.	100% inserimento	Serra	Scolz				31.12.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.f	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017 - Rendere disponibile i dati previsti per garantire la trasparenza sul sito web aziendale (ex art. 4 "Trasparenza dei dati" L. n. 24/2017)	Pubblicazione dei dati sul sito web aziendale (ex art. 4 "Trasparenza dei dati" L. n. 24/2017).	dati pubblicati entro 31.12.2026	Serra	Zaro				31.12.2026	31.03.2026
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.g	Prevenzione e controllo delle infezioni	Analisi regionale e aziendale (in relazione ai punti successivi sulle attività di sorveglianza) e l'identificazione degli aspetti critici su cui adottare azioni di miglioramento anche in accordo con gli obiettivi del PN CAR	Invio alla DCS di una relazione secondo il format Rete Cure Sicure entro 31.12.2026	Serra	Scolz				31.12.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.j	Prevenzione e controllo delle infezioni	Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Inserimento dei dati 2025 entro il 31 marzo 2026	Scolz	Serra				31.03.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.j	Prevenzione e controllo delle infezioni	Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Attivazione della sorveglianza 2026 per il periodo settembre-novembre 2026	Scolz	Serra				31.12.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.k	Prevenzione e controllo delle infezioni	Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Conseguimento di un punteggio minimo di 7 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente	Scolz	Serra				condizionata	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.n	Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità	Partecipazione dei Risk Manager aziendali alle attività del tavolo di lavoro costituito con il Servizio Area welfare di comunità	Serra	Scolz				31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.o	Violenza su operatore	Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche	Invio dei dati richiesti per l'anno 2025 dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza	Serra	Scolz	Tempesta			10.01.2026	
11.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG	11.1.p	Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Compilazione della survey sull'applicativo AGENAS	Compilazione dei questionari secondo le richieste di AGENAS e implementazione delle raccomandazioni non conformi.	Serra	Scolz				condizionata	
11.2 Accreditamento	11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accreditamento 1. Gli enti del SSR consentono ai propri referenti della qualità e dell'accreditamento, componenti dell'OTA, di reclutare i dipendenti appartenenti alle aree professionali individuate dall'OTA per coprire le esigenze connesse alle verifiche dell'accreditamento e che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il per-corso per diventare valutatore dell'accreditamento	Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti)	Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento	Danielli	Serra		Pubblicazione elenco valutatori aggiornato nell'area dedicata del sito web	Aggiornamento elenco valutatori	31.12.2026	
11.2 Accreditamento	11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accreditamento 2. Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento	Evidenza autorizzazione da parte dell'azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista	Gli enti autorizzano l'80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base	Danielli	Serra		ARCS funge da Provider per l'erogazione del Corso Base, accreditato con ECM	Invio invito di partecipazione al Corso base a tutti i candidati valutatori; docenza su aspetti normativi e uso del sw SAOSS	31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.2 Accreditamento	¶11.2.1.a	Partecipazione attiva al programma di accreditamento Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA	Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA)	Danielli	Serra			Organizzazione, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica in base ai ruoli necessari in funzione della struttura sanitaria da verificare con inserimento di candidati e valutatori; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo del numero di giornate effettivamente effettuate	31.12.2026	
11.2 Accreditamento	¶11.2.1.b	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Messa a disposizione dei profili richiesti	Danielli	Serra		Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze	31.12.2026	
11.2 Accreditamento	¶11.2.1.b	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero di giornate di partecipazione del singolo valutatore ad attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas/ giorni totali richieste da Ministero Salute e AGENAS	Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria	Danielli	Serra		Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze	31.12.2026	
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli	Serra		Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.	31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli	Serra		Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.	31.12.2026	
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli	Serra		Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.	condizionata	
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli	Serra		Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.	condizionata	
11.2 Accreditamento	11.2.1.c	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Danielli	Serra		Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.	condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.a	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Istituzione e coordinamento del Gruppo di lavoro interaziendale con la partecipazione di almeno un referente per ciascun Ente del S.S.R. e dei componenti dell'O.T.A.	Istituzione del Gruppo di lavoro entro il 31.01.2026	Danielli	Serra		Coordinamento		31.01.2026	
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.b	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale con un referente per Ente per l'elaborazione e la stesura del documento tecnico (mappa e check list)	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Danielli	Serra		Coordinamento e partecipazione al target		30.04.2026	
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.c	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Dalla check list ogni referente aziendale costruisce la GAP analysis e il Piano di adeguamento	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Danielli	Serra		Coordinamento e monitoraggio		30.06.2026	
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.d	Mappatura dei laboratori del SSR: rilevazione degli ambiti specialistici (biochimica, ematologia, microbiologia, ecc.), mappa delle metodiche utilizzate, check list per audit interni tratta dalla norma e piano di adeguamento	Attivazione di un percorso di risoluzione degli scostamenti dai requisiti e redazione del protocollo di convalida per i metodi analitici	Trasmissione alla DCS della documentazione tecnica entro il 31.12.2026	Danielli	Serra		Monitoraggio		31.12.2026	
11.2.2 Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189	11.2.2.e	Realizzazione di due edizioni di formazione specialistica per i valutatori dell'accreditamento e operatori sanitari coinvolti nel processo	Garantita la partecipazione di: - 60% degli operatori dei laboratori e delle strutture di supporto all'acquisto e gestione dei dispositivi IVDR - 100% referenti per i laboratori della Direzione medica e della Direzione delle Professioni sanitari - 100% Risk Manager - 100% Quality Manager e staff accreditamento	Garantire la partecipazione dei destinatari della formazione entro il 30.06.2026	Danielli	Serra		Coordinamento		30.06.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitario	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Fisioterapista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Audiometrista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Carosi	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di radiologia medica	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.h	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.i	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Logopedista	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.j	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Neurofisiopatologia	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.1.k	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS e comunque non oltre 20 gg dalla richiesta	Tempesta	Mandelli				condizionata	
11.3 Attività centralizzate di ARCS	11.3.2.d	Consolidamento del coordinamento tra gli uffici stampa e comunicazione di ARCS, delle aziende e degli Enti del SSR.	Redazione di una procedura condivisa che definisca e consolida i processi e i flussi di comunicazione stabilendo obiettivi comuni con l'obiettivo della migliore informazione per il cittadino.	entro il 31.12.2026	Fontanot					31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Individuazione dei referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione negli Enti del SSR ed invio alla DCS ed ARCS da parte degli Enti del SSR	entro 15.1.2026	Ronfani	Vecchi Brumatti		Coordinamento gruppo di lavoro		15.01.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Convocazione primo incontro del gruppo di lavoro	partecipazione	Ronfani	Vecchi Brumatti		Coordinamento gruppo di lavoro		28.02.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Revisione delle procedure operative 2025 con il contributo di tutti gli Enti del SSR con evidenza delle tempistiche target di ciascuna fase del processo	collaborazione con ARCS nella revisione delle procedure operative	Ronfani	Vecchi Brumatti		Coordinamento gruppo di lavoro		30.06.2026	
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	vengono effettuati incontri mensili con i referenti degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione degli Enti del SSR. Lo scopo è quello di risolvere eventuali criticità in essere, valutare gli studi e gli aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale	partecipazione al 100% degli incontri	Ronfani	Vecchi Brumatti		Coordinamento gruppo di lavoro		31.12.2026	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	target BURLO	1° REFERENTE	2° REFERENTE	3° REFERENTE	ruolo ARCS	ruolo DCS	SCADENZA	SCADENZA NEW
11.5 Attività di ricerca e innovazione	11.5.1.e	Al fine di favorire, snellire e velocizzare le procedure di sottomissione degli studi clinici, in particolare quelli profit, al CEUR e fornire ai ricercatori delle linee di indirizzo operative, viene individuato presso ciascun Ente SSR un referente degli uffici dedicati alla ricerca e innovazione per la partecipazione ad un gruppo di lavoro, coordinato da ARCS, a cui partecipa anche la DCS, per la definizione di una procedura operativa, con evidenza delle tempistiche di ciascuna fase del processo. Tale gruppo rimane operativo anche dopo l'adozione della procedura operativa, come nucleo di coordinamento che effettua incontri mensili per risolvere le eventuali criticità in essere per la valutazione degli studi e per aspetti formativi/di condivisione della procedura operativa e della modulistica adottate a livello regionale.	Applicazione della procedura operativa revisionata da parte di tutti gli Enti del SSR.	entro 31.12.2026	Ronfani	Vecchi Brumatti				31.12.2026	



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 2

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

OBIETTIVI PER IL RAGGIUNGIMENTO DELLE PARI OPPORTUNITA' E DELL'EQUILIBRIO DI GENERE

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

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Dipendenti	Monitoraggio del lavoro agile come strumento ordinario	1) Studio qualitativo e quantitativo sull'utilizzo e gradimento dello LA	SPPA(Mottica)/CUG	Personale afferente all' SPPA, CUG e Direzione sanitaria	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Formalizzare uno studio quanti/qualitativo esull'andamento dello strumento "lavoro agile"	Favorire il bilanciamento vita-Lavoro. Sostegno alla genitorialità e alle cure parentali
Dipendenti	Regolamentazione equilibrio vita privata/lavoro	2) Eventuale aggiornamento e diffusione del regolamento	SSD politiche del personale Direzione Strategica	Personale afferente alla SSD politiche del personale e alla Direzione Strategica	Ore/lavoro personale afferente strutture	- Pubblicazione e diffusione del regolamento con eventuali aggiornamenti	Favorire il bilanciamento vita-Lavoro. Sostegno alla genitorialità e alle cure parentali
Gruppo di lavoro GEP	Favorire la continuità del lavoro di implementazione e monitoraggio del GEP	Continuità di lavoro della cabina di regia del GEP	URP/Direzione Scientifica/ SSD Politiche del personale/Sc Affari Generali e Legali Referente Regionale per la medicina di Genere/CUG	Personale afferente alle strutture citate	Ore/lavoro personale afferente strutture	Incontri	Favorire la continuità del lavoro di implementazione e monitoraggio del GEP

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

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

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

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

4 L'INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
----------------	-----------	----------	-----------	---------------	---------------------	------------	---------

Pazienti	Promozione della medicina di genere come strumento di appropriatezza clinica, principio di equità delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo	Promuovere e diffondere la consapevolezza sulle differenze nella salute e medicina di genere, attraverso convegni e progetti di ricerca, al fine di sviluppare competenze e relativi approcci medico-scientifici in un'ottica di genere e secondo una visione globale del concetto di salute attraverso uno specifico progetto di ricerca.	URC (Maestro)/Direzione Scientifica			<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione di proposta progettuale in ambito della medicina di genere - Rapporto tra proposte progettuali su medicina di genere/ totale proposte progettuali presentate - Rapporto tra convegni/seminari su medicina di genere/ numero totale di convegni e seminari realizzati 	Report della ricerca
Donne e giovani dipendenti e nuovi assunti	Parità di genere nella composizione del gruppo di ricerca per la presentazione di RC 2025	Nel Bando RC 2025 previsione del rispetto del principio "gender equality"	Direzione Scientifica			<ul style="list-style-type: none"> - % di progetti che rispettano il principio della parità di genere - Rapporto M/F complessivo per gruppo di lavoro e in totale 	Report della ricerca
Ricercatrici e giovani ricercatori	Equilibrio di genere nella ricerca clinica	Equilibrio di genere dell'arruolamento nella ricerca clinica	URC Direzione scientifica			Inserimento di una specifica clausola/frase nei protocolli di ricerca che preveda l'equilibrio di genere nell'arruolamento nella ricerca clinica tranne esplicite esclusioni clinicamente motivate. L'analisi dei risultati per sesso e/o genere può risultare determinante per migliorare l'accuratezza ed evitare interpretazioni errate dei dati.	

5 MISURE DI CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE, COMPRESE LE MOLESTIE SESSUALI

TARGET DIRETTO	OBIETTIVI	ATTIVITÀ	STRUTTURA	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE	INDICATORI	OUTCOME
Utenza e personale	Azioni di prevenzione e contrasto	<ul style="list-style-type: none"> - Campagna di sensibilizzazione rivolta a utenti e personale contro la violenza sulle donne. https://www.burlo.istruzione.it/content/burlo-violenza-sulle-donne - Adesione open week di ONDA contro la violenza sulle donne - Attività di comunicazione e sensibilizzazione 	CUG/URP			<ul style="list-style-type: none"> - Numero di iniziative realizzate - Stima del numero di persone raggiunte - Numero di visualizzazioni sito internet - Analitiche sociali 	Sensibilizzazione della comunità sul fenomeno della violenza di genere e sugli strumenti per prevenirla e contrastarla
Donne e minori		Corsi di aggiornamento su violenza contro donne e minori				<ul style="list-style-type: none"> -Numero di corsi effettuati -Numero di partecipanti 	Promozione di momenti di riflessione interdisciplinare dal taglio scientifico e pratico, sul tema delle misure di contrasto alla violenza di genere

Personale		Trsmissione del codice di comportamento e codice di condotta per l'integrità della ricerca per ogni nuova assunzione				Numero di consegne effettuate/anno	Dissemination
-----------	--	--	--	--	--	------------------------------------	---------------

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

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



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 3

Registro dei rischi 2026

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corrutivi_all 1 al PNA 2019)
1	Acquisto di beni economici e sanitari	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.C. Farmacia	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni forniture apparecchiature	fractionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il fractionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% - collegato all'effettiva attività di ARCS	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura superiore al 70% - collegato all'effettiva attività di ARCS ' - integrazione della programmazione degli acquisti con i fabbisogni della ricerca per importi superiori ai 140.000 euro ' - conferimento di incarichi di Rup al personale della struttura per un minimo % di affidamenti: miglioramento rispetto all'anno precedente	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	SEMPLIFICAZIONE
2	Acquisto di servizi economici (non sanitari)	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature sottosoglia	mancata partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese come previsto da art 50 Codice dei Contratti pubblici per l'acquisto diretto sotto € 140 mila senza il rispetto dei dei principi di cui al Libro I, Parti I e II del codice, nonché del rispetto del principio di rotazione (art. 49) degli affidamenti. Modalità di pagamento non conformi alla normativa vigente	controllo della fase/attività	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	SEMPLIFICAZIONE
				ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	fractionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il fractionamento degli affidamenti	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% ' - elenco semestrale contenente gli affidamenti diretti superiori a € 40mila ed entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. b - Dlgs 36/23	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65% ' - elenco semestrale e elenco annuale contenente gli affidamenti diretti superiori a € 40mila ed entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. a - Dlgs 36/23	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
				ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi economici non sanitari - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2025 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2025	
3	Acquisto di servizi esternalizzati	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione polizze	rischio eventualmente a carico della Centrale d'Acquisto	controllo dell'osservanza della procedura	Fase stralciata dal 2024 in quanto attività associata a gestione centralizzata ARCS	Fase stralciata dal 2024 in quanto attività associata a gestione centralizzata ARCS		
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	controllo qualitativo contratti d'appalto	mancato controllo possibili ingerenze esterne	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il fractionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura superiore al 70% - collegato all'effettiva attività di ARCS ' - conferimento di incarichi di Rup al personale della struttura per un minimo % di affidamenti: miglioramento rispetto all'anno precedente	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	SEMPLIFICAZIONE
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi	fractionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS, già EGAS per ridurre la discrezionalità e il fractionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	- percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura superiore al 70% - collegato all'effettiva attività di ARCS ' - conferimento di incarichi di Rup al personale della struttura per un minimo % di affidamenti: miglioramento rispetto all'anno precedente	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi esternalizzati - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne	controllo della fase/attività	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
4	Gestione del magazzino	Responsabile Magazzino	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti	BASSO	BASSO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	ricevimento, stoccaggio e distribuzione beni	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	verifica della corretta gestione	almeno n. 2 controlli di corrispondenza tra quanto richiesto e quanto ricevuto, stoccati e distribuito	almeno n. 2 controlli di corrispondenza tra quanto richiesto e quanto ricevuto, stoccati e distribuito	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
5	Gestione ALPI	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici della Direzione Sanitaria	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione amministrativa dell'attività libero professionale intramuraria - dalla programmazione alla rendicontazione- al fine di erogare la prestazione in libera professione	accordi per vantaggi personali	verifica della sostenibilità della procedura in essere	almeno n. 1 audit di applicazione della procedura aggiornata	- almeno n. 1 audit di applicazione della procedura aggiornata '- incontro informativo / circolare con il personale coinvolto in collaborazione con la Direzione medica per aggiornare e condividere i percorsi	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
6	Amministrazione del personale	Dirigente Responsabile S.S.D. Politiche del personale	S.S.D. Politiche del personale S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	gestione delle presenze e delle assenze dei lavoratori	inserimento artificioso o manomissione di dati per vantaggi personali	controllo degli inserimenti effettuati	- almeno n. 2 controlli sugli inserimenti effettuati dalla Struttura nell'arco del bimestre precedente alla verifica; '- n. 1 monitoraggio annuale su dichiarazioni rese attività extraistituzionali (professioni sanitarie); '- n. 1 controllo ex art.53	- almeno n. 2 controlli sugli inserimenti effettuati dalla Struttura nell'arco del bimestre precedente alla verifica; '- n. 1 monitoraggio annuale su dichiarazioni rese attività extraistituzionali (professioni sanitarie); '- n. 1 controllo ex art.53	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione borse di studio	discrezionalità dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa di studio da attribuire	verifica dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia '- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia '- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione incarichi di lavoro autonomo	criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	verifica dei criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia '- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia '- n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	regolamenti prove selettive interne	mancanza di presupposti programmati e/o motivata verifica delle effettive carenze organizzative	controllo dei presupposti programmati e/o delle effettive carenze organizzative	n. 1 report rappresentativo della sussistenza dei presupposti	n. 1 report rappresentativo della sussistenza dei presupposti	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				BASSO	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	acquisizione del personale (a qualunque titolo)	confitto di interessi tra i membri della Commissione esaminatrice e i candidati	verifica delle dichiarazioni	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				BASSO	BASSO	DIREZIONE SCIENTIFICA	garanzia di certezza, trasparenza e tracciabilità documentale	accordi per vantaggi personali. Conflitto di interessi nell'attivazione di borse di studio	verifica delle dichiarazioni	acquisizione 100% attestazioni di assenza conflitto di interessi	acquisizione 100% attestazioni di assenza conflitto di interessi	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
7	Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	incasso di corrispettivi/ticket prestazioni sanitarie istituzionali	ammarchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	- almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre; '- verifica mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	- almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre; '- verifica mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali istituzionali	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità liste attesa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
8	Prestazioni ambulatoriali a pagamento	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	incasso di prestazioni sanitarie ambulatoriali di libera professione Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	ammarchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	- almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre; '- verifica mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	- almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre; '- verifica mensile della cassa: produzione di un report illustrativo da parte della SC gestione economico finanziaria e analisi e riscontro, in caso di difformità, da parte del CUP	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	Prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali di libera professione Titolare I.O. Piattaforma Tecnica e dei servizi	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	almeno n. 2 audit di applicazione della PRO_CUP_002_16, che disciplina i controlli da effettuare annui a campione sugli incassi di una intera settimana/ 1 report di prenotato/erogato a semestre	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	attività aziendale a pagamento	accordi per vantaggi personali	verifica dell'osservanza della procedura	stralciato	stralciato		
9	Gestione ricoveri istituzionali SSN	Titolare I.O. Gestione percorso chirurgico	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA Titolare I.O. Piattaforma Cure pediatriche ad alta complessità	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	verifica trimestrale a campione sulle liste di attesa trimestrale e formazione continua degli operatori - report di sintesi	verifica trimestrale a campione sulle liste di attesa trimestrale e formazione continua degli operatori - report di sintesi	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	TRASPARENZA
10	Gestione ricoveri a pagamento o ALPI	Titolare I.O. Responsabile CUP e sviluppo sanità transfrontaliera	SC/SSD/Uffici Direzione Medica S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	verifica su ogni richiesta di intervento alpi/pagante - report di sintesi	verifica su ogni richiesta di intervento alpi/pagante - report di sintesi	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	TRASPARENZA
11	Gestione prestazioni/servizi sanitari (ciclo passivo)	Medico di Direzione Sanitaria/Medica	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	gestione del ciclo passivo	pagamento di fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture	controllo della fase/attività	controllo della fase/attività	controllo della fase/attività	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				MEDIO	MEDIO	DIREZIONE SANITARIA	prestazioni non eseguibili presso l'IRCCS	scelta discrezionale dei laboratori e delle strutture a cui richiedere prestazioni/consulenze non eseguibili all'interno dell'Istituto per vantaggi personali	regolamentazione mediante adozione di idonea procedura per l'acquisizione di prestazioni non eseguibili all'interno	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale, con tracciabilità delle richieste (reparto richiedente, tipologia di prestazione e destinatario della richiesta) avvenute su apposita modulistica istituzionale.	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale, con tracciabilità delle richieste (reparto richiedente, tipologia di prestazione e destinatario della richiesta) avvenute su apposita modulistica istituzionale.	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
12	Gestione progetti di ricerca	Dirigente amministrativo	SC/SSD/Area Amministrativa della Direzione Scientifica	BASSO	BASSO	DIREZIONE SCIENTIFICA	definizione dei percorsi della ricerca scientifica: dalla presentazione del progetto alla conclusione e diffusione dei risultati	utilizzo del finanziamento per la ricerca al fine di procurare benefici a determinati soggetti a fronte di vantaggi personali	controllo delle modalità di utilizzo del finanziamento del 5 per mille per la ricerca	- mantenere il monitoraggio a cura del process owner mediante una relazione illustrativa annuale delle modalità di progettazione della ricerca, valutazione e finanziamento dei progetti, svolgimento della ricerca, esito e diffusione di risultati valutazione della qualità della ricerca; '- PNRR stato di avanzamento; '- mantenere il monitoraggio del percorso (flow chart) dalla ricerca del bando alla rendicontazione dei progetti	- mantenere il monitoraggio a cura del process owner mediante una relazione illustrativa annuale delle modalità di progettazione della ricerca, valutazione e finanziamento dei progetti, svolgimento della ricerca, esito e diffusione di risultati valutazione della qualità della ricerca; '- PNRR stato di avanzamento; '- aggiornamento e monitoraggio del budget (bilancio sezionale di previsione) della ricerca in collaborazione con GEF e Programmazione e controllo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
13	Gestione finanziamenti regionali (ciclo attivo)	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta rilevazione in contabilità dei finanziamenti regionali: il processo si articola dal ricevimento delle linee guida regionali per la predisposizione del PAO alla contabilizzazione dei finanziamenti (determinazione credito)	non corretta rilevazione dei finanziamenti	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato perché irrellevante	stralciato		
14	Altri contributi/proventi	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.C. Affari generali e legali	BASSO	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta rilevazione in contabilità dei ricavi/contributi afferenti l'attività svolta dall'IRCCS: dalla ricezione della richiesta di fatturazione rilevazione incasso o comunicazione erogazione contributo ai controlli contabili	non corretta rilevazione in contabilità per vantaggi personali	controllo della rilevazione in contabilità dei ricavi /contributi dell'attività svolta dall'IRCCS	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	TRASPARENZA
14				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	atti di liberalità'	accordi per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
15	Gestione cassa economale	Referente cassa economale	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	gestione delle spese minute e urgenti necessarie al regolare funzionamento delle strutture e per le quali, comunque, occorra effettuare il pagamento immediato	utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
16	Gestione tesoreria	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta gestione dei flussi amministrativi e contabili riconducibili al processo di tesoreria	non corretta gestione dei flussi	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato perché irrellevante	stralciato		
17	Formazione del bilancio	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico - Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Corretta predisposizione del bilancio consuntivo: il processo si articola dalla predisposizione del PAO all'adozione del bilancio consuntivo	non corretta predisposizione del bilancio consuntivo per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner	- mantenere il monitoraggio a cura del process owner - aggiornamento e monitoraggio del budget (bilancio sezonale di previsione) della ricerca in collaborazione con la Direzione Scientifica	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	TRASPARENZA
18	Rimborsi diversi (contributi)	Titolare I.O. Gestione convenzioni	S.C. Affari generali e legali S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	IRRILEVANTE	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	ampliare le collaborazioni multidisciplinari funzionali all'attività istituzionale: adesione a reti, a network, a consorzi di area sanitaria (Fiaso, Feder Sanità, Incipit, Netval)	discrezionalità nell'adesione	controllo della corrispondenza tra adesioni realizzate e richieste ricevute dalla Direzione	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
19	Sperimentazioni cliniche (farmaci, dispositivi, studi osservazionali)	Direzione scientifica	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica Ufficio ricerca clinica SC R epidemiologia	BASSO	BASSO	Ufficio Ricerca Clinica - SC R EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	gestione processo sperimentazione clinica	accordi per vantaggi personali	regolamentazione dell'attività mediante predisposizione di procedure di valutazione dei protocolli di ricerca profit e non profit	elaborazione e somministrazione a ogni PI (sperimentatore principale) di un format relativo alla proposta di riparto dei proventi di ogni singola sperimentazione profit	bozza di revisione del regolamento; verifica periodica dichiarazioni assenza conflitti d'interesse	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	REGOLAMENTAZIONE
20	Gestione del contenzioso	Titolare I.O. Assicurazioni e contenzioso	S.C. Affari generali e legali S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione contenzioso	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
20				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione affidamento incarichi per il patrocinio legale dell'Istituto	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
20				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	recupero crediti	mancata attivazione del processo di recupero o artificioso rallentamento delle fasi del processo	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
20				BASSO	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	consulenza giuridica	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
21	Formazione di personale dipendente/ esterni	Titolare I.O Responsabile Centro Attività Formative	S.S.D. Politiche del personale SSD Innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione/ centro attività formative	BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	partecipazione dei dipendenti a iniziative formative sostenute da sponsor	accordi per vantaggi personali	misure di formazione e controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner tramite documentato report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	mantenere il monitoraggio a cura del process owner tramite documentato report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	FORMAZIONE
21				BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	attribuzione degli incarichi di docenza	accordi per vantaggi personali	misure di formazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
			S.C. Gestione Economico - Finanziaria	BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/ CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE	rendicontazione economico - finanziaria dell'attività dei docenti	accordi per vantaggi personali	controllo dell' attività e della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	stipula di convenzioni per lo svolgimento di attività di tirocinio	accordi per vantaggi personali	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
22	Realizzazione investimenti edili e impiantistici e gestione/manutenzione del patrimonio immobiliare	Dirigente Gestione tecnica	S.C. Gestione Tecnica Edile e Impiantistica S.C. Gestione Economico - Finanziaria	MEDIO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	affidamento di lavori sotto soglia	uso improprio del potere discrezionale assegnato dalla legge nell'affidamento	controllo della fase/attività	- Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità - elenco semestrale e elenco annuale contenente gli affidamenti diretti superiori a € 40mila ed entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. a - Dlgs 36/23	- Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità - Elenco semestrale contenente gli affidamenti diretti entro il limite di cui all'art. 50 c.1 lett. a - Dlgs 36/23	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				MEDIO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	svolgimento di attività manutentive ordinarie effettuate da soggetti terzi	omissione dei controlli per vantaggi personali	controllo della fase/attività	adottare check list di verifica contratti in modo da uniformare i comportamenti dei verificatori dei contratti di competenza e mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	Compilazione di Report di verifica a campione mensile basati su check list	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				MEDIO	BASSO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	varianti in corso d'opera per lavori pubblici proposte dal direttore dei lavori esterno all'amministrazione	effettuazione di perizie di variante e suppletive non strettamente necessarie, per vantaggi personali	controllo della fase/attività	redazione di una relazione del RUP di valutazione della proposta del direttore lavori	redazione di una relazione del RUP di valutazione della proposta del direttore lavori	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				MEDIO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	concessione multiservizi a unico soggetto esterno	mancato controllo sull'autonomia gestionale del concessionario.	Controllo delle attività in capo al concessionario al fine della verifica che la gestione non sia contraria all'interesse pubblico.	valutazione esterna per le revisioni del piano economico finanziario, se chieste dal Concessionario per motivazioni non disposte dalle autorità di mercato	Report annuale da inviare all'RPCT evidenziando eventuali criticità e la proposta di risoluzione.	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				MEDIO	MEDIO	S.C. GESTIONE EDILE TECNICA E IMPIANTISTICA	subappalto a cascata	per il tramite del silenzio/assenso il subappalto non aveva i requisiti per essere autorizzato	nel contratto tra appaltatore e subappaltatore deve essere manifestata la volontà al subappalto a cascata	adozione check list di verifica per il subappalto/subappalto a cascata per requisiti di ordine generale, capacità tecnica e costi della manodopera applicati	Report annuale da inviare all'RPCT che evidenziani l'utilizzo dello strumento.	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
23	Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie	Dirigente Ingegneria clinica	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico - Finanziaria	ALTO	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGGIONAMENTI	acquisizione tecnologie	fractionamento degli affidamenti in assenza di programmazione	controllo della fase/attività	- compilazione della check list appalti (all. 8 PNA 2022 aggiornato al Nuovo Codice) e trasmissione a RPCT (1 check list a semestre); - Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	- Attestazione del Responsabile di struttura sull'utilizzo di protocolli di legalità o patti d'integrità	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				MEDIO	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGGIONAMENTI	acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie - gestione manutenzione apparecchiature	fractionamento degli affidamenti in assenza di programmazione - utilizzo inappropriato o distruzione delle risorse per vantaggi personali	verifica dell'adeguatezza delle disposizioni contenute nell'istruzione operativa	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
24	Gestione imposte tasse	Titolare I.O. responsabile adempimenti fiscali e tributari	S.C. Gestione Economico - Finanziaria (Direzione Amministrativa)	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA (DIREZIONE AMMINISTRATIVA)	conformità normativa; corretta imputazione contabile delle imposte/ tasse, pagamento e dichiarazione	non corretta imputazione contabile	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
25	Gestione della qualità e accreditamento	Responsabile SS accreditamento, qualità e rischio clinico	SS accreditamento, qualità e rischio clinico (Direzione Sanitaria)	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	SS ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E RISCHIO CLINICO (DIREZIONE SANITARIA)	forire supporto alle strutture per adempiere agli obblighi di pubblicazione	scorretta e incompleta implementazione della sezione amministrazione trasparente	verifica adempimenti di I e II istanza	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
26	Gestione del protocollo	Referente Ufficio protocollo	S.C. Affari generali e legali	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	garanzia di certezza, trasparenza e tracciabilità documentale	impropria gestione dei flussi di posta (alterazione domande per partecipazione procedure gare/concorsi)	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
27	Gestione della pianificazione, programmazione e controllo aziendale	Responsabile amministrativo SSD Programmazione e controllo	S.S.D. Programmazione e controllo	BASSO	BASSO	S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	applicare secondo le indicazioni della direzione strategica gli indirizzi della programmazione aziendale, in linea con gli indirizzi regionali/nazionali e ministeriali, a livello aziendale e di struttura operativa (budget)	inosservanza delle linee annuali regionali di gestione e/o degli indirizzi ed indicazioni della Direzione strategica per vantaggi personali	controllo della fase/attività	- mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo - aggiornamento e monitoraggio del budget (Bilancio sezionale di previsione) della ricerca in collaborazione con la Direzione Scientifica	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	REGOLAMENTAZIONE	

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	GRADUAZIONE 2025	GRADUAZIONE 2026	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori 2025	Indicatori 2026	Tempistica di attuazione	CLASSIFICAZIONE MISURE SPECIFICHE (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi_all 1 al PNA 2019)
28	Gestione sicurezza aziendale e sorveglianza sanitaria	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	SSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Sorveglianza sanitaria	BASSO	BASSO	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	gestione dell'infortunio sul lavoro	artificiosa valutazione dell'accadimento dell'infortunio per vantaggi personali, durante l'indagine interna eseguita dal SPPA a seguito della soppressione della tenuta del registro infortuni (D. Lgs. 151/2015)	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	REGOLAMENTAZIONE
				BASSO	IRRILEVANTE	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	gestione DPI: individuazione del fornitore dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) - acquisti diretti ed emergenziali	condizionamento nell'individuazione del fornitore dei DPI	regolamentazione dell'individuazione dei criteri di scelta dei DPI/fornitore	stralciato in quanto l'acquisizione dei DPI è interamente in capo ad ARCS	stralciato		
				IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	gestione fabbisogno nell'appalto guardiania antincendio e vigilanza non armata	condizionamento nell'individuazione del fabbisogno da esplicitare in sede di gara di capitolo del servizio guardiania antincendio e vigilanza non armata	regolamentazione dell'individuazione del fabbisogno iniziale	stralciato perché centralizzato	stralciato		
				BASSO	BASSO	SSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	sorveglianza sanitaria	Abuso nella richiesta/effettuazione di accertamenti sanitari al fine di agevolare determinati soggetti	Regolamentazione della sorveglianza sanitaria	procedura per gestione infortunio e malattia professionale	aggiornare la procedura relativa agli infortuni descrivendo i diversi flussi documentali alla luce dei nuovi percorsi definiti con ASUGI	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
29	Gestione del rischio clinico	Risk Manager (Direttore Sanitario)	Direzione Sanitaria/Servizio prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria	BASSO	BASSO	SCFARMACIA	gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	CONTROLLO
				BASSO	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	gestione dei rifiuti sanitari	mancato riscontro dei quantitativi pagati (mancata pesatura) per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
30	Gestione della comunicazione informazione	Dirigente Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	IRRILEVANTE	IRRILEVANTE	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	favorire l'accesso dei cittadini ai servizi, migliorare la qualità degli stessi favorendo la partecipazione ed il dialogo tra istituzione e cittadino	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	misure di segnalazione e protezione dei cittadini volte a promuovere l'accesso ai servizi	stralciato perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni	stralciato		
31	Tutela del cittadino	Dirigente Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	BASSO	BASSO	SSD INNOVAZIONE E SVILUPPO, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE E FORMAZIONE/UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	garantire i diritti rispetto ai principi sull'erogazione dei servizi pubblici gestione dei reclami e delle segnalazioni	inosservanza del processo di trattamento del reclamo con accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato da idoneo report illustrativo	- redigere un regolamento relativo alla pubblica tutela - mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato da idoneo report illustrativo	Autovalutazione al 31/08/2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	REGOLAMENTAZIONE



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 4

Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio

Scheda di valutazione livello esposizione al rischio processo/fase

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

Indicatori per la valutazione del rischio, se pertinenti:

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



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 5

**Tabella degli adempimenti di pubblicazione
per la trasparenza 2026**

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCI) - monitoraggio	NOTE
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (P'TPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti /Anticorruzione)	Annuale	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione e trasmissione dell'eventuale aggiornamento o del nuovo atto adottato	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della struttura emittente	SC Affari Generali e Legali	Entro 20 giorni dalla comunicazione e trasmissione dell'eventuale aggiornamento o del nuovo atto adottato	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali		Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione e trasmissione dell'eventuale aggiornamento o del nuovo atto adottato	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Ufficio Procedimenti Disciplinari	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCI in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessionari o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 10/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
Organigramma	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	cessato dall'incarico (o comunicazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno				Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno				Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno				Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	Delibera Anac n 495/2024 e confermato delibera 481/2025
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	Delibera Anac n 495/2024 e confermato delibera 481/2025
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale	Uffici di staff di Direzione generale	Entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dell'iter di aggiornamento dell'atto aziendale	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	Delibera Anac n 495/2024 e confermato delibera 481/2025
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	Delibera Anac n 495/2024 e confermato delibera 481/2025
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabella)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continua) con indicazione dei soggetti percepitori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Scientifica per incarichi di collaborazione collegati alla ricerca	SSD Politiche del Personale per altri incarichi di collaborazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continua), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 20 giorni dalla trasmissione della Tabella		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo			Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico		
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:				Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	relativamente agli incarichi gestionali
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli organi di indirizzo		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (Nb: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] se dovuta	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (Nb: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (Nb: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) se dovuta	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (Nb: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] se dovuta	Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	SSD innovazione e sviluppo, relazioni interne ed esterne e formazione	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione.		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:					Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti		
		Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti		
	Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti disegualmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati disegualmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] se dovuta	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) se dovuta	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] se dovuta	Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Terme di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
Dirigenti cessati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfondibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dal dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico (verifica annuale)		
				Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dal dalla comunicazione		
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali		Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016					non applicabile
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione approvazione		non applicabile
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti		Annuale	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione (anche dell'eventuale aggiornamento)		non applicabile
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale			
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Nessuno					
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Annuale					
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Annuale					
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno					
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno					
	Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982			1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno			Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione)			Obbligo sospeso ai sensi del D.L. 162/2019		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali		Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 20 giorni dall'avvio del provvedimento sanzionatorio		
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative		Curricula dei titolari di incarichi organizzativi del comparto redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale		Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
Personale non a tempo indeterminato		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)		
		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)		
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale		
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale		
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale; SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti; SC Gestione Tecnica, edile e impiantistica	SSD Politiche del Personale; SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti; SC Gestione Tecnica, edile e impiantistica	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione		integrazione da delibera ANAC 1047/2020 parere ANAC 2764/2025
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contratti collettivi	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dall'approvazione		
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti collettivi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dall'approvazione		
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predisponde, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla trasmissione		
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Nominativi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina		
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Curricula		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina		
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 20 giorni dalla nomina		
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 5 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione		
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 20 giorni dall'approvazione		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione		
				Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio		
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio		
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	SSD Politiche del Personale	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPTC) - monitoraggio	NOTE
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto di rilevazione periodica delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto, se detenute.	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPTC in sede di audit entro il 30.11.2026		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto di gestione delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto.	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguitamento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	30 giorni dalla pubblicazione del decreto di rilevazione periodica delle partecipazioni azionarie d'interesse dell'Istituto, se detenute.	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo				
				Per ciascuna tipologia di procedimento:						
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Il dirigente della Struttura che svolge procedimenti amministrativi ai sensi delle legge 241/1990	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione- non allo stato disponibile.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Sistema informativo	Ufficio Sistema informativo			
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria			
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte:						
				1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento	SC Affari Generali e Legali	entro 30 giorni dall'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti da effettuare in ragione dell'evoluzione normativa di riferimento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Come da ultimo chiarito anche dall'ANAC nella delibera n. 144/2014, la pubblicazione non riguarda l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, non essendo presenti organi di indirizzo politico.					
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della struttura emittente	SC Affari Generali e Legali: elenco provvedimenti generato dal sistema Adweb	Entro il 30 luglio e il 31 gennaio	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative						
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 per appalti svolti con D.lgs. 50/2016 Art. 28 D.lgs. 36/2023 - delibera ANAC 261/2023 per appalti con D.lgs. 36/2023	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche Per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) per appalti con D.lgs. 50/2016 Tempestivo per appalti con D.lgs. 36/2023	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi		All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.06.2023, come modificato con delibera 601 del 19.12.2023 - link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti. A partire da 1.1.2024, per le procedure avviate a decorrere dal 1.7.2023, gli adempimenti sono assolti mediante pubblicazione dei dati e delle informazioni nella Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici, di cui è pubblicato il link.	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 53/2013; Art. 4 delib. Anac n. 59/2016		Labelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Tempestivo						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo						
		Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti per opere di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di rite e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di comuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione									
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018 per appalti svolti con D.lgs. 50/2016	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recente modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGNA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI-SOPRASOGNA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorsi per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo						
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 53/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo						

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Terme di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE	
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI - SOTTOSOGGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI - SOPRASOGGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo						
	d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi				
	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bandito (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo							
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure							
	Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure							
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo							
	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo							
	Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo							
	Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999 n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo							
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroga - rimod - subappalto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica e conformità Accordi buoni e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/ direttore dell'esecuzione/ componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo							
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente							

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	<p>Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016.</p> <p>Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:</p> <p>Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi)</p> <p>Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</p> <p>Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</p> <p>Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)</p> <p>Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)</p> <p>Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)</p>	Tempestivo					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	<p>Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)</p>	Tempestivo					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	<p>Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)</p>	Tempestivo					
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<p>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</p> <p>Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p> <p>Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo					
		Art. 11, co. 2-quater, l.n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 26/2020.	Progetti di investimento pubblico	<p>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</p> <p>Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale</p>	Annuale					
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	<p>Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati</p>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<p>Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)</p> <p>(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p> <p>Per ciascun atto:</p> <p>1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario</p>	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013								
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 26 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione		
	Bilancio	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'approvazione		
		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n.118/2011		Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile agli entri del SSN (art. 1 d.lgs. 91/2011)				
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	Tempestivo	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			Tempestivo	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	SSD Programmazione e Controllo/RPCT	SSD Programmazione e Controllo/RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	introdotto dalla Delibera 495/2024 e aggiornato da Delibera 481/2025
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione		
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione		
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione		
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 dalla presentazione		
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo			Entro 30 giorni dal ricorso	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo			Entro 30 giorni dalla sentenza		
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo			Entro 30 giorni dall'adozione di eventuali misure		
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Programmazione e Controllo	SSD Programmazione e Controllo	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio		
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente afferente Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Dirigente afferente Gestione prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Aggiornamento dei criteri di formazione delle liste di attesa entro 15 giorni da eventuali variazioni. Pubblicazione mensile dei tempi di attesa e dei tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	SS Accreditamento, qualità e rischio clinico	SS Accreditamento, qualità e rischio clinico		Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026		
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	introdotto dalla Delibera 495/2024 e aggiornato da Delibera 481/2025

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Termino di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro il 31 gennaio		oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre		
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 31 gennaio		
				Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 20 giorni dal mese successivo al trimestre		
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 5 giorni dall'aggiornamento		
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					non pertinente
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	Entro 30 giorni dall'approvazione dell'atto		
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	Entro 20 giorni		
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completeate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 20 giorni		
	Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comune denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatoria a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"				oggetto di eventuale sperimentazione nel corso del 2026 come da delibera Anaca 497/2025
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile della produzione e dell'elaborazione	Direttore SSD/SC della Struttura responsabile pubblicazione	Terme di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) - monitoraggio	NOTE
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espresa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del provvedimento	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 30 giorni dall'adozione		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 42 d.lgs. n. 33/2013, Art. 99 D.L. 18/2020		Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del DL 18/2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"	Trimestrale					
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo					
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo					
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito da ANAC)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)					
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo					
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo					
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	SC Gestione Economico Finanziaria	Entro 5 giorni dall'atto di nomina		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo					
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (tut. civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale					
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	Entro 5 giorni dall'atto di nomina		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale					
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla l. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del teletlavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Entro 5 giorni dalla indicazione		le pubblicazioni per donazioni COVID non verranno aggiornate se non vi saranno integrazioni
		Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Dati ulteriori	(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla annullazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	tempestiva					
		Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012		Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate						
Altri contenuti	Dati ulteriori					SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio	Autovalutazione al 31.08.2026 e verifica con RPCT in sede di audit entro il 30.11.2026	implementazione sezione PNRR ognuno per la parte di propria competenza
						SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica	SC Gestione Tecnica Edile e Impiantistica			
						Direzione scientifica	Direzione scientifica			

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal d.lgs 97/2016 sono oppure rimangono pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del d.lgs 33/2013)



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 6

**Piano della formazione aziendale 2026
(PFA)**

INDICE

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

SEZIONE 1 ELEMENTI DI CONTESTO

1.1 Premessa

Il presente piano è strutturato in quattro sezioni:

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

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

1.2 Principali riferimenti normativi

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

Importanti principi e disposizioni sulla formazione in ambito sanitario sono dettati, nello specifico, dagli artt. 16 e seguenti del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., con particolare riferimento alla formazione continua.

L'art. 7-bis del D.Lgs. n. 165 del 30/03/2001 e s.m.i. *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"* prevede che tutte le amministrazioni pubbliche, alle quali si applica il predetto Decreto (tra cui gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario) predispongano annualmente, nell'ambito delle attività di gestione delle risorse umane e finanziarie, un piano di formazione del personale, tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, nonché della programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche.

Inoltre, l'art. 38 *"Valorizzazione del personale della Legge Regionale n. 22 del 2019 recita "La Regione definisce gli indirizzi per la formazione, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane, per migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza dei servizi assistenziali assicurati sul territorio regionale.*

In relazione a quanto stabilito al comma 1 e nell'ambito di quanto previsto all'articolo 4, comma 4, lettera c), punto 3), della legge regionale 27/2018 , le iniziative di formazione e valorizzazione garantiscono l'acquisizione e lo sviluppo di competenze per i diversi livelli di assistenza e per le relative aree di attività, anche favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità, per realizzare omogeneità formativa indispensabile a mantenere livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale."

Oltre a ciò, si citano:

- ✓ la D.G.R. n. 2036 del 16/10/2015 il *"Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia"*, ai sensi dell'art. 8 della Legge Regionale n. 27 del 30/12/2014 (Legge Finanziaria 2015),
- ✓ la DGR n. 2247 dd. 24/11/2016 *"Regolamento di modifica al regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia ai sensi dell'articolo 8, della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27 (Legge finanziaria 2015) emanato con decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2015, n. 249"*;
- ✓ la Conferenza Stato Regioni n. 14 CSR del 02 Febbraio 2017 *"La Formazione continua nel Settore Salute"*;
- ✓ la Delibere della Commissione Nazionale per la Formazione Continua n. 6/2024 obbligo ormativo per il triennio 2023-2025;
- ✓ PNRR del 23 aprile 2021 e conseguenti adempimenti Regionali;
- ✓ Decreto n.2660/SPS del 18/10/2021 *Adozione del documento "Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM del Friuli Venezia Giulia"*;
- ✓ Decreto n. 30396/GRFVG del 15/12/2022 *"Manuale dei requisiti l'accreditamento degli eventi formativi del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia"*;

La DGR n. 2052 del 30/12/2024 - *"LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025. Approvazione definitiva"*.

1.3 La politica formativa dell'IRCCS

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

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

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

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

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

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

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

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

L'IRCCS Burlo Garofolo considera la formazione un compito istituzionale fondamentale, legato alla propria natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

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

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

1.4 Obiettivi del piano formativo

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

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

Principi di riferimento

L'elaborazione del PFA si attiene ai seguenti principi:

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

Aree di investimento formativo

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

- *cura della qualità della vita e centralità del bambino e della donna, della coppia e della famiglia*, orientata ad una visione olistica della persona;
- *attenzione ai rapporti umani e assenza di qualsiasi discriminazione nell'assistenza*;
- *definizione di percorsi assistenziali*, orientati alla soddisfazione dei bisogni globali del bambino, della donna e della famiglia;
- *garantire appropriatezza e correttezza delle cure e dell'uso delle risorse*;
- *sostegno della ricerca, dell'innovazione e dell'utilizzo di tecnologie avanzate*, anche in termini di informatizzazione, come strumento a servizio dei professionisti e del paziente, nei processi diagnostici, assistenziali e terapeutici.

1.5 Miglioramento della qualità e la valutazione di impatto

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

- valutazione del Provider e dell'evento nei tre livelli:
 - ✓ dei requisiti formali degli eventi,
 - ✓ della qualità globale del Provider,
 - ✓ della qualità globale dell'evento oggetto della valutazione,
- Valutazione dell'efficacia dell'intervento secondo i primi 3 livelli di Kirkpatrick:

- ✓ della reazione, intesa come qualità percepita,
- ✓ dell'apprendimento, relativo sia alle conoscenze e delle abilità,
- ✓ del comportamento.

SEZIONE 2 PIANO FORMAZIONE AZIENDALE

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

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

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

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

2.1 Indicazioni e strumenti di programmazione regionali

Aspetti formativi del piano strategico regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale

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

L'IRCCS garantirà il coinvolgimento come Provider, rispetto al Piano della Formazione Regionale 2025 declinando gli obiettivi formativi in funzione alle diverse fasi e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)

- 1) Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere, assegna risorse, ripartite fra i provider regionali e i cui target e milestone sono definiti nel Piano Operativo regionale, per la realizzazione di interventi formativi in materia di infezioni ospedaliere e un target di "dipendenti formati in infezioni ospedaliere". Il primo percorso è stato attivato come FAD nel 2023, percorso base

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

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

2.2 Aree prioritarie della formazione individuate dalle Linee di gestione 2024

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

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

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

- ✓ sicurezza degli operatori nell’ambiente di lavoro (T.U. N 81/2008);

- ✓ sicurezza del paziente (risk management) e "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" legge 24/2017;
- ✓ percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- ✓ cure palliative e terapia del dolore;
- ✓ screening neonatali (screening metabolico esteso, audiologico ed oftalmologico);
- ✓ valorizzazione dei quadri intermedi (con particolare riguardo alle figure con funzioni organizzativo/gestionali);
- ✓ promozione dei corretti stili di vita;
- ✓ Privacy e sicurezza informatica, trasparenza e anticorruzione;
- ✓ attività formativa a supporto delle attività di ricerca intraprese dall'IRCCS;

L'IRCSS intende inoltre consolidare:

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

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

2.3 Individuazione delle aree formative dell'IRCCS

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

Area di sviluppo strategico

L'area di sviluppo strategico include l'ambito organizzativo-gestionale/management, qualità, sicurezza dei lavoratori e dei pazienti, evidenze scientifiche e cure, prevenzione e promozione della salute.

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

Area di sviluppo professionale

L'importanza dello sviluppo professionale continuo e dell'apprendimento permanente dei professionisti della salute è ampiamente riconosciuta; entrambi servono a garantire che l'attività professionale sia aggiornata contribuendo al miglioramento dei risultati terapeutici. Quest'area include una serie di eventi orientati a promuovere il miglioramento delle competenze e l'aggiornamento continuo dei professionisti sanitari che operano all'interno dell'IRCCS e non solo.

Area di sviluppo amministrativo

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

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

- ✓ conoscenza dei nuovi CCNL;
- ✓ anticorruzione e trasparenza;
- ✓ privacy;
- ✓ appalti e impianti;
- ✓ normativa generale e specifica;
- ✓ procedure amministrative;
- ✓ tecnologia informatica;
- ✓ tecnologia sanitaria.

Area di sviluppo delle competenze relazionali

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

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

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

La capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una corretta relazione con il paziente e con i familiari, è indispensabile per tutti i processi assistenziali e per il loro esito; la relazione, infatti, fa parte della cura.

Area di sviluppo gestionale ed organizzativo

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

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

2.4 Ambiti di sviluppo del centro attività formative nel 2025

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

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

SEZIONE 3 SEZIONI SPECIFICHE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'All. 3 sono elencate le attività formative riferite a questo ambito.

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

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

SEZIONE 4 MODALITÀ ATTUATIVE

4.1 Tipologie didattiche

La Valorizzazione delle risorse umane e la condivisione delle conoscenze, s'intende privilegiare la formazione in presenza e in sede. Si possono utilizzare anche i percorsi in webinar e FAD per facilitare la frequenza. In coerenza con tali scelte saranno applicate metodologie quali lo studio di casi, la discussione di gruppo, l'esercitazione applicativa, il laboratorio esperienziale, il *training on the job*.

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

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

- ✓ della **Formazione sul Campo** (FSC), metodologia che ha dimostrato particolare efficacia nello sviluppo delle competenze legate soprattutto ai contesti organizzativi; formarsi sul campo significa attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità, imparare dal fare, ma anche riconoscere nell'azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con sé stessi, con l'organizzazione, con la letteratura scientifica, rappresentando quindi un valido supporto per l'innovazione e il cambiamento;
- ✓ della **Formazione a Distanza** (FAD) con l'adozione di un'unica piattaforma regionale che si interfaccia con il gestionale della formazione TOM. La piattaforma Insiel Digital Academy potrà dare l'opportunità di gestire FAD di interesse diretto dell'Istituto oltre a quelle a carattere obbligatorio definite da PNRR. In alcuni casi potranno essere utilizzate piattaforme FAD messe a disposizione da eventuali agenzie formative esterne nel caso di acquisizione di pacchetti formativi specifici;
- ✓ della **Formazione on line** utilizzata al fine di garantire attraverso *webinar* e *piattaforme web* per garantire le attività formative al fine di assicurare al personale la formazione continua e l'acquisizione dei crediti formativi ECM.

4.2 Attività di docenza

L'Istituto ricorre in via prioritaria alla docenza interna, poiché rappresenta la modalità principale per valorizzare le risorse umane aziendali e le competenze di tipo tecnico specialistico da loro acquisite; l'utilizzo di formatori interni permette inoltre di contestualizzare meglio l'intervento, favorendo il trasferimento dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti. Con la docenza di professionisti interni, inoltre, si concretizza un contenimento dei costi per la formazione, con il conseguente recupero di risorse che possono essere impiegate per avvalersi di docenti esperti esterni che possono essere incaricati per eventi strategici dell'IRCCS.

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

L'attività di docenza è disciplinata dal REG_CAF_0001 *"Regolamento incarichi di docenza"*.

4.3 Modalità di frequenza dei corsi

Il Centro Attività Formative attraverso il REG_CAF_0003 *"Regolamento per le attività di formazione"* ha disciplinato le modalità di accesso e frequenza ai corsi interni ed esterni all'Istituto al fine di garantire una corretta gestione della formazione continua, come previsto dalla normativa Nazionale e Regionale, sia disciplinare le modalità di partecipazione dei dipendenti all'attività formativa interna ed esterna all'azienda.

4.4 Budget per le attività formative

Nel 2025 l'importo assegnato per la formazione è in fase di definizione (presumibilmente in linea con l'anno scorso di 137.000,00 Euro) e sarà gestito dal CAF sia per l'organizzazione degli eventi interni che per la partecipazione ad eventi fuori sede, così da garantire un monitoraggio puntuale delle quote utilizzate e residue.

Di norma una quota, pari al 60% dei fondi, sarà destinata prioritariamente a finanziare gli eventi realizzati in sede, sia che rispondano ad obiettivi strategici trasversali sia agli obiettivi delle singole articolazioni organizzative, mentre la rimanente quota del 40% sarà

prioritariamente destinata alla partecipazione ad eventi fuori sede, convegni/corsi/stage presso strutture straniere o italiane di eccellenza nel settore materno-infantile.

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

Anche nel 2025 saranno adottate le seguenti attività:

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

4.5 Formazione interaziendale

Le due aziende presenti sul territorio Giuliano Isontino, ASUGI e IRCCS Burlo Garofolo mantengono una proficua collaborazione che si sostanzia nella partecipazione libera ad alcuni percorsi formativi dei dipendenti delle due Aziende.

Si conferma tale collaborazione nell'anno in corso nelle aree di emergenza-urgenza, neonatale e pediatrica, con l'obiettivo di:

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

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

4.6 Modalità di diffusione del Piano Formazione Aziendale

Il Piano della Formazione Aziendale viene pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione dedicata alla formazione, nonché si provvede alla diffusione mensile degli eventi formativi organizzati dal provider IRCBG a tutto il personale dell'Istituto attraverso la mail aziendale.

4.7 Gli strumenti per la verifica delle attività

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

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

ALLEGATI

All.1 Piano Formazione Aziendale 2025

All.2 Programma formativo in tema di emergenza urgenza 2025

All.3 Programma formativo in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro 2025

All.4 Integrazione dal PFR 2025

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
1	Direzione generale	Trattamento e protezione dei dati personali	Doria Paola	Il corso ha carattere generale e si prefigge lo scopo di offrire una breve panoramica sulla normativa privacy, fornendo le nozioni di base e individuando i criteri, i principi e le regole per la sua corretta applicazione pratica in materia di trattamento e protezione dei dati personali nell'ambito dell'assistenza e ricerca clinica. È rivolto a tutti coloro che operano a qualsiasi titolo su dati personali trattati dall'IRCCS Burlo Garofolo allo scopo di incentivare l'adozione di condotte rispettose della normativa europea e nazionale e dei diritti e delle libertà personali nello svolgimento delle rispettive attività istituzionali, sanitarie, tecniche, amministrative.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti coinvolti nel trattamento dei dati personali	25	4	100	2	8	
2	Direzione scientifica	Seminari del personale ricercatore sanitario e del personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Ronfani Luca/d'Adamo Pio Adamo	Per aumentare e ottimizzare le attività di ricerca presenti presso l'Istituto è necessaria una migliore conoscenza dei progetti già attivi e delle strumentazioni e apparecchiature che sono disponibili presso i diversi laboratori dell'Istituto. Questo vale in particolare per il personale ricercatore sanitario e il personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria che è stato negli ultimi anni acquisito in Istituto a seguito della CCNL del Comparto Sanità dd. 11 luglio 2019 e che è attualmente impegnato a sviluppare e sostenere un numero rilevante di progetti di ricerca. Attraverso la conoscenza delle reciproche attività è possibile aumentare le collaborazioni interne ed esterne all'Istituto, far nascere nuove ipotesi di ricerca e ottimizzare l'utilizzo strumenti e di apparecchiature in dotazione presso l'Istituto	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisico,Medico chirurgo,Psicologo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, tutte le discipline		50	1	50	6	6	Fondi di ricerca 5xmille
3	Direzione Sanitaria	Prevenzione delle infezioni Correlate all'Assistenza	Scolz Sabrina	Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si definiscono come infezioni contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Negli ultimi anni è stata posta una forte attenzione sulla prevenzione e controllo di queste infezioni a causa di un trend epidemiologico in costante crescita con fortiperseguenze sulla salute degli assistiti, oltre che sugli aspetti psicologici e finanziari che si traducono in prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, maggiore mortalità, diffusione dell'antibiotico resistenza.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti le professioni sanitarie e dirigenti medici di tutte le discipline	30	4	120	4	16	
4	Direzione Sanitaria	Gestione dei processi di sterilizzazione interna	Scolz Sabrina	L'IRCCS prevede il ricondizionamento di alcuni strumenti chirurgici all'interno delle proprie Aree e non tramite sterilizzazione esternalizzata. Al fine di ottemperare alle normative di legge, è fondamentale conoscere i percorsi, i materiali e le eventuali criticità che si presentano durante questi processi.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		6	1	6	6	6	
5	Direzione sanitaria	Comitato Etico per la Pratica Clinica per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste: attività e processi	Nigris Fabiano	Il corso è rivolto esclusivamente ai componenti del Comitato Etico per la Pratica Clinica per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. L'obiettivo generale del percorso formativo è introdurre i partecipanti al senso, alle funzioni e alle modalità operative di un comitato etico per la pratica clinica in ambito materno-infantile.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		15	1	15	15	15	
6	Direzione Sanitaria	Aspetti etici della diagnosi strumentale e genetica pre-natale e le ricadute nel periodo post-natale	Nigris Fabiano		RES ECM	tutte le professioni	tutti le professioni sanitarie e dirigenti medici di tutte le discipline	20	1	20	8	8	
7	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Le competenze dell'equipe assistenziale nella gestione del paziente oncoematologico pediatrico: ruoli e percorsi	Longo Antonella	La gestione multiprofessionale in oncoematologia pediatrica, permette di prendere in carico il paziente in tutte le fasi della malattia, migliorando la risposta ai trattamenti, favorendo il tempestivo accesso a terapie riabilitative e di supporto e consentendo di gestire efficacemente l'eventuale ripresa di malattia. La competenza e la sinergia dell'equipe, sono requisiti fondamentali e diventano essenziali nell'approccio assistenziale al paziente in un'ottica di cura e best practice	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		25	1	25	15	15	
8	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Allenare la pratica assistenziale in ambito neonatale/pediatrico ad alta complessità assistenziale	Schreiber Silvana	Nel contesto delle cure pediatriche e neonatali, i quadri clinici possono evolvere rapidamente a causa delle particolari caratteristiche anatomiche e fisiologiche delle diverse fasce d'età. Il personale coinvolto nell'assistenza ad alta complessità neonatale/pediatrica è chiamato a fornire risposte tempestive, competenti ed efficienti, attraverso l'applicazione delle più recenti tecnologie, procedure, protocolli ed EBN (Evidence-Based Nursing). Questa esigenza sottolinea l'importanza di condividere le conoscenze applicative, spesso limitate a piccoli gruppi ultra-specializzati, al fine di garantire la migliore risoluzione dei diversi bisogni del paziente in età evolutiva in patologia acuta – cronica.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		100	1	100	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
9	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	L'eccellenza nell'offerta delle cure assistenziali pediatriche e neonatali: approfondimenti clinico-assistenziali	Schreiber Silvana	Considerata la multi specificità della piattaforma Cure Pediatriche ad Alta Complessità, la peculiarità dell'assistenza, l'importanza della presa in carico, la necessità di avviare con precisione e rapidità degli interventi, la rapida evoluzione clinica del paziente in età evolutiva è fondamentale l'acquisizione da parte del personale assegnato di pratiche, tecniche e conoscenze avanzate e aggiornate non solo a livello teorico ma anche sul campo condiviso con professionisti esperti del settore. Visto l'elevato turnover dei professionisti si ritiene fondamentale il confronto con professionisti esperti quale opportunità per accelerare l'apprendimento.	FSC ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopeda,Ostetrica/o		100	1	100	8	8	
10	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Mantenimento del ciclo delle competenze del personale ostetrico afferente all'Area Procreazione Assistita	Borne Nevena	Il continuo sviluppo di nuove pratiche nell'area della Procreazione Assistita richiede di rafforzare ed implementare le conoscenze in materia normativa, organizzativa e documentale al fine di garantire la sicurezza delle coppie che accedono alla struttura	FSC ECM	Ostetrica/o		6	1	6	20	20	
11	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Confronti monometrici sui processi di cura ostetrico-ginecologici	Debelli Martina	Lavorare insieme per raggiungere obiettivi comuni, richiede consapevolezza del proprio ruolo e degli altri, reciproco rispetto dei partecipanti, efficaci relazioni di comunicazione. Queste condizioni possono portare al miglioramento delle pratiche di cura e dei percorsi di presa in carico	FSC ECM	Infermiere, Ostetrica/o, senza obbligo di crediti ECM		50	1	50	8	8	
12	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	L'accoglienza della donna che ha subito violenza	Debelli Martina/Zanello Elisa	Il nostro Istituto lavora da anni con un team multidisciplinare contro la violenza alle donne. La sensibilizzazione e la formazione sulle corrette modalità di approccio alle vittime di violenza può essere decisivo per la donna per affrontare la situazione avvalendosi di tutte le competenze ed aiuto che le diverse figure professionali possono attuare	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	Personale afferente al Dipartimento di Pediatria, continuità assistenziale, dipartimento materno-neonatale	90	1	90	6	6	
13	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Disturbo da Sintomo Somatico in età evolutiva: conoscenze, atteggiamenti e pratiche per una gestione integrata secondo il modello KAP	Sartori Roberta	I bambini e gli adolescenti con disturbo da sintomo somatico presentano quadri clinici complessi, in cui il dolore – pur non essendo spiegato da una lesione tissutale significativa – è reale, persistente e spesso invalidante. Gli operatori sanitari di reparto (infermieri, OSS, fisioterapisti) giocano un ruolo fondamentale: sono coloro che trascorrono più tempo con il paziente e, attraverso parole, atteggiamenti e micro-interazioni quotidiane, possono modulare in positivo o in negativo la percezione del dolore e il livello di attivazione del sistema di allarme del bambino. Il bisogno formativo nasce dalla necessità di: -migliorare le conoscenze neurofisiologiche sul dolore e sul funzionamento del modello bio-psico-sociale; -costruire un atteggiamento professionale coerente, capace di ridurre stigma e paura sia nel paziente che negli operatori; -sviluppare pratiche quotidiane condivise, uniformi e non contraddittorie, così che l'intero team renforzi gli stessi messaggi terapeutici. Il modello KAP (Knowledge-Attitude-Practice) offre una cornice chiara per rendere più	RES ECM	tutte le professioni	psicologi, infermieri, infermiere pediatrico, oss e fisioterapista a contatto con il paziente: dipartimento di pediatria	50	1	50	8	8	
14	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Update in chirurgia multispecialistica: aspetti peculiari dell'assistenza	Di Rocco Paola	L'aggiornamento continuo e costante delle procedure secondo le EBP è fondamentale per implementare le conoscenze e competenze degli operatori sanitari. Le procedure sono strumenti che rendono lo svolgimento delle attività , il più possibile oggettive sistemiche e verificabili, includendo la standardizzazione della pratica infermieristica. queste revisioni infatti risulteranno utili e trasversali a diverse aree ospedaliere.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Chirurgia generale,Ortopedia e traumatologia		25	1	25	10	10	
15	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Professioni sanitarie, piattaforme della cura, aree assistenziali e aree tecnico-assistenziali: condivisioni di punti di forza e criticità	Tempesta Marco	Promuovere e rafforzare percorsi di consapevolezza, autodeterminazione, empowerment e protagonismo dell'utente, avvicinare il processo decisivo al soggetto in cura, renderlo accessibile e comprensibile, promuovere e realizzare le condizioni migliori per assicurare esiti di cura ed assistenziali adeguati, appropriati, efficaci, efficienti e sicuri, rappresenta una condizione sine qua non per una Direzione delle Professioni Sanitarie evoluta ed attenta ad un innovativo management	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Ostetrica/o,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico sanitario di radiologia medica		25	1	25	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
16	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Mantenimento e sviluppo delle skills del personale assistenziale e di supporto in area intensiva/critica	Cassone Andrea	<p>Le professioni sanitarie operano in ambienti ad alta complessità, dove il tempo di risposta, la precisione delle competenze tecniche e la capacità relazionale sono determinanti per la qualità dell'assistenza, soprattutto in contesti di urgenza/emergenza e in aree intensive/critiche. Le piattaforme dell'Istituto rappresentano nodi cruciali del sistema in cui il personale è chiamato a gestire situazioni ad alto stress, dove la preparazione continua e la capacità di lavorare in team sono fondamentali per garantire sicurezza, appropriatezza e qualità delle cure. Il progetto formativo si propone come strumento strategico per rispondere alle esigenze di mantenimento e sviluppo delle competenze del personale operante in Istituto, con particolare attenzione ai contesti di urgenza/emergenza e alle aree intensive/critiche. Attraverso un approccio pratico e interattivo, basato su simulazioni, training supervisionato e momenti di riflessione condivisa, il percorso mira a consolidare le abilità tecniche, rafforzare le capacità relazionali e promuovere una cultura della sicurezza e della collaborazione interprofessionale.</p>	FSC ECM	tutte le professioni		10	1	10	30	30	
17	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Evidence Based Practice: metodologia e strumenti per le professioni sanitarie - corso base	Dobrina Raffaella	<p>Strumenti e metodi EBP, ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica e integrazione delle decisioni clinico - assistenziali, devono costituire parte integrante del curriculum di tutti i professionisti sanitari - corso base</p>	RES ECM	tutte le professioni	tutte le professioni coinvolte nella ricerca	25	2	50	4	8	
18	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Metodologia della ricerca scientifica - corso avanzato	Dobrina Raffaella	<p>Strumenti e metodi EBP, ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica e integrazione delle decisioni clinico-assistenziali, devono costituire parte integrante del curriculum di tutti i professionisti sanitari - corso avanzato</p>	RES ECM	tutte le professioni	tutte le professioni coinvolte nella ricerca	25	1	25	4	4	
19	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	L'adozione di strategie per una comunicazione orale e scritta efficace in risposta ai bisogni di alfabetizzazione sanitaria dell'utenza	Dobrina Raffaella	<p>La capacità di accedere, comprendere, e utilizzare informazioni sanitarie è un elemento fondamentale per il miglioramento degli esiti di salute dei pazienti (WHO, 2017). Tuttavia, in ambito ospedaliero, non è sempre possibile riuscire a garantire una informazione ed educazione sanitaria completa, efficace e tarata sul livello di alfabetizzazione sanitaria dell'utenza, anche di cultura diversa. Attraverso percorsi formativi per i professionisti sanitari volti a sviluppare competenze nell'utilizzo di strategie efficaci per la comunicazione orale e scritta, nonché nella revisione e progettazione di materiali informativi ed educativi chiari e accessibili, è possibile rispondere a tali sfide. Tali interventi non solo favoriscono la comprensione e la gestione autonoma della salute da parte dei pazienti e delle loro famiglie, ma promuovono anche una partecipazione consapevole e attiva al processo di cura, migliorando l'accesso ai servizi sanitari e gli esiti delle cure.</p>	FSC ECM	tutte le professioni		30	1	30	4	4	
20	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Midwifery care: teoria e realtà	Debelli Martina	<p>Le linee guida dell'ISS sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo raccomandano che alle donne con gravidanza fisiologica venga offerto il modello assistenziale "basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o". In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consulenti e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti." Nell'ottica di continuità dell'accompagnamento alla nascita, l'assistenza ostetrica promuove, protegge e sostiene la fisiologia del ciclo biologico delle donne e i loro diritti umani, nel rispetto della diversità etnica e culturale, essendo di natura olistica e fondata sulla comprensione delle esperienze sociali, emotive, culturali, spirituali, psicologiche e fisiche delle donne. Perciò l'assistenza ostetrica deve essere supportata dalla formazione continua, dalla ricerca scientifica e dall'applicazione delle prove.</p>	RES ECM	Ostetricia/o, Ginecologia e Ostetricia, medico chirurgo privo di specializzazione	professioni destinatarie selezionate che del dipartimento materno - neonatale	20	3	60	6	18	
21	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Comunicazione interculturale e cura inclusiva: competenze e sfide per contrastare le diseguaglianze di salute	Dobrina Raffaella	<p>La crescente diversità culturale della popolazione assistita richiede ai professionisti sanitari competenze comunicative capaci di favorire comprensione, fiducia e partecipazione attiva alle cure. Una comunicazione non adeguata può generare incomprensioni, ritardi diagnostici, scarsa aderenza ai trattamenti e, di conseguenza, contribuire al mantenimento o all'ampliamento delle diseguaglianze di salute. Per questo motivo diventa essenziale acquisire strumenti per una comunicazione interculturale efficace e culturalmente sensibile, insieme alla capacità di utilizzare in modo appropriato e integrato i mediatori culturali all'interno dei percorsi assistenziali. Il corso si propone di sostenere i professionisti nello sviluppo di queste competenze, promuovendo un approccio inclusivo che migliori l'accesso, la qualità e l'equità delle cure offerte alle diverse comunità.</p>	RES ECM	tutte le professioni	tutti i dipendenti a contatto con il paziente	50	1	50	6	6	
22	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	Disforia di genere: Strumenti operativi per la pratica clinica	Grieco Sabrina	<p>La disforia di genere in età pediatrica rappresenta una condizione che può determinare significativo disagio psicologico e difficoltà adattive nel bambino e nell'adolescente. La letteratura pediatrica, sottolinea l'importanza di un approccio clinico prudente, rispettoso e multidisciplinare, centrato sul benessere globale del minore. Nel contesto del Day Hospital pediatrico, l'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'accoglienza, nell'ascolto, nella gestione del disagio e nel facilitare il percorso assistenziale insieme ai professionisti dedicati. Una formazione specifica è quindi essenziale per garantire una presa in carico competente, sensibile e basata sulle evidenze.</p>	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico		10	1	10	6	6	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
23	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Sistemi informatici e informativi a supporto dell'attività clinica	Buchin Sara/Deyme Raffaella	L'utilizzo dei sistemi informatici e informativi a supporto dell'attività clinica richiede un aggiornamento costante in quanto essi evolvono molto rapidamente per poter stare al passo con le necessità proprie dei percorsi clinici-assistenziali, nonché una sempre maggiore competenza legata agli sviluppi informatici stessi.	RES ECM	tutte le professioni	dipendenti che utilizzano gli applicati informatici a supporto dell'attività clinica	25	1	25	6	6	
24	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Le caratteristiche e le modalità di gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Buchini Sara	Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutte le varie tipologie di ricovero erogate nelle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nata con finalità di carattere amministrativo del setting ospedaliero, la SDO è diventata uno strumento irrinunciabile per l'effettuazione di analisi ed elaborazioni che spaziano dagli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei Livelli Essenziali di Assistenza e all'analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito.	RES ECM	tutte le professioni	professionisti che gestiscono la cartella clinica	25	1	25	6	6	
25	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Appropriatezza prescrittiva per la sostenibilità del sistema	Buchini Sara	Il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha firmato il decreto che provvede a differire dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, definite dal Decreto del 23 giugno 2023. Il nuovo Decreto, in corso di registrazione, modifica il termine del decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 31 dicembre 2023, che aveva posticipato al 1° aprile 2024 l'entrata in vigore delle tariffe per consentire alle Regioni e alle Aziende erogatrici pubbliche e private accreditate di adeguare i propri sistemi. Il nuovo nomenclatore includerà prestazioni che, seppure già erogate in vigore del precedente decreto, sono descritte o organizzate diversamente, insomma rivede le vecchie le tariffe e nel contempo valorizza le nuove.	RES ECM	tutte le professioni	medico chirurgo - tutte le discipline tutti i dipartimenti	25	1	25	6	6	
26	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Utilizzo degli applicativi informatici per la gestione delle prestazioni sanitarie	Buchini Sara	La gestione dell'offerta sanitaria e il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie sono oggi degli obiettivi prioritari del SSN e SSR e l'erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura. Utilizzare efficacemente, efficientemente e adeguatamente le potenzialità degli applicativi informatici necessari per gestire in maniera trasparente le prestazioni sanitarie e i percorsi clinici è assolutamente cruciale per garantire tutto il processo.	FSC ECM	Infermiere		5	1	5	100	100	
27	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Strategie necessarie per migliorare la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Buchini Sara	La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è parte integrante della cartella clinica, di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile, delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.	FSC ECM	Medico chirurgo		10	1	10	6	6	
28	Gestione Prestazioni sanitarie e percorsi clinici	Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale: definizione di percorsi clinici	Buchini Sara	Per dare risposta ai bisogni di salute sarebbe necessario disporre di percorsi clinici condivisi con gli specialisti e i medici di medicina generale/pediatrici di libera scelta. Tali percorsi clinici, uniformando le indicazioni cliniche di appropriatezza prescrittiva di visite ed esami, sono necessari per poter garantire equità, efficacia, efficienza e tempestività nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.	FSC ECM	Medico chirurgo,Psicologo		15	1	15	6	6	
29	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione	Come ci vedono: un giorno all'URP	Fontanot Donatella	L'evento viene organizzato per fornire elementi di lettura del contesto sociale contemporaneo, condividere le modalità con cui gli utenti si relazionano con la struttura e quali sono le loro aspettative nei nostri confronti	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	25	1	25	4	4	
30	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Matia Leghissa	Il corso si propone di fornire una formazione completa e aggiornata sui principi, le strategie e le applicazioni della mobilità sostenibile in relazione diretta con la sicurezza stradale. In un contesto urbano e territoriale in rapida evoluzione, caratterizzato dall'introduzione di nuove forme di trasporto (come la micromobilità e i veicoli elettrici) e dalla crescente attenzione verso l'impatto ambientale e la qualità della vita, è fondamentale sviluppare competenze capaci di promuovere un cambiamento culturale e infrastrutturale.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	25	3	25	3	9	
31	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Gestione della ristorazione nei reparti e sicurezza alimentare	Leghissa Matia	L'obiettivo del corso è di trasferire le conoscenze e le competenze in merito a: igiene degli alimenti, malattie trasmissibili con gli alimenti, igiene della persona e dei luoghi di lavoro, allergeni e diete speciali. Tali nozioni sono necessarie durante le fasi di prenotazione e somministrazione dei pasti ai degenzi e trattano tematiche utili anche per le attività quotidiane a casa e sul luogo di lavoro.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	i dipendenti che lavorano presso le degeneze in cui vengono serviti pasti	25	4	100	4	16	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
32	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Scelte consapevoli per un futuro sostenibile	Leghissa Matia	La sostenibilità ambientale è un tema fondamentale da attuare a lavoro e nella vita quotidiana. Insieme al gestore comunale saranno affrontati temi e argomenti per migliorare il nostro impatto sull'ambiente.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	50	1	50	5	5	
33	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Formazione in materia di rifiuti e sostenibilità ambientale	Leghissa Matia	Il continuo miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie si accompagna a scelte che impattano sull'ambiente per il crescente ricorso a materiali monouso. Nell'ambito di strutture complesse come quelle sanitarie inoltre la gestione dei rifiuti diventa particolarmente delicata perché, oltre ai rifiuti urbani e/o assimilabili agli urbani, sono prodotti rifiuti potenzialmente pericolosi sia per l'ambiente che per la salute degli esseri umani.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	25	5	125	3	15	
34	Controllo igiene ospedaliera e continuità dei servizi in appalto	Mobilità sostenibile e sicurezza stradale	Leghissa Matia	Il corso si propone di fornire una formazione completa e aggiornata sui principi, le strategie e le applicazioni della mobilità sostenibile in relazione diretta con la sicurezza stradale. In un contesto urbano e territoriale in rapida evoluzione, caratterizzato dall'introduzione di nuove forme di trasporto (come la micromobilità e i veicoli elettrici) e dalla crescente attenzione verso l'impatto ambientale e la qualità della vita, è fondamentale sviluppare competenze capaci di promuovere un cambiamento culturale e infrastrutturale.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	25	2	50	4	8	
35	RPCT/ SSD Programmazione e controllo	Anticorruzione e trasparenza	Vardabasso Martina	Progettato per offrire un'opportunità di formazione continua agli operatori in campo sanitario, inclusi i ruoli amministrativi. L'obiettivo primario è fornire conoscenze e competenze per affrontare le sfide uniche legate alla corruzione e agli obblighi di trasparenza nel contesto sanitario, rispondendo al contempo ai requisiti di accreditamento ECM	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	tutti i dipendenti	50	10	500	2	20	
36	Ufficio Continuità Assistenziale	La Continuità assistenziale: come, quando e perché	Cragnolin Elisa	Contesto: garantire cure integrate e senza interruzioni tra ospedale e territorio. Obiettivi principali: Sviluppare competenze pratiche e contestualizzate. Integrare teoria e pratica. Favorire collaborazione interdisciplinare. Migliorare autonomia decisionale e responsabilità professionale.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Psicologo		25	2	50	6	12	
37	Ufficio Continuità Assistenziale	Relazione e Comunicazione con Pazienti e Famiglie: la gestione del lutto e degli eventi traumatici	Zanello Elisa	Il corso nasce dall'esigenza di sostenere il personale nella gestione di situazioni ad alto impatto emotivo come le esperienze di lutto, perdita e/o di eventi altamente stressanti e/o traumatici vissuti da persone/famiglie assistite nell'ospedale materno-infantile. L'obiettivo è rafforzare le competenze relazionali e comunicative basate su modelli psicologici aggiornati, promuovendo la "trauma-informed care" ovvero un approccio alla cura basato sulla comprensione degli effetti del trauma a vari livelli e della prevenzione della ri-traumatizzazione. Il corso intende fornire anche strategie utili per gestire il proprio stress emotivo e ridurre il rischio di traumatizzazione vicaria, a cui, secondo la letteratura scientifica, è più esposto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e cura a persone	RES ECM	Dietista,Educatore professionale,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo	professioni individuate a contatto con il paziente e le famiglie	20	2	40	3	6	
38	Ufficio Continuità Assistenziale	Relazione e Comunicazione con Pazienti e Famiglie: la comunicazione delle brutte notizie	Zanello Elisa	Il corso nasce dall'esigenza di sostenere il personale dell'ospedale materno-infantile nella gestione di situazioni complesse e ad alto impatto emotivo, nello specifico nella comunicazione di brutte notizie o "bad news" a pazienti e famiglie. L'obiettivo è rafforzare competenze relazionali e comunicative basate su modelli psicologici aggiornati, favorendo al contempo strategie efficaci di gestione dello stress e per il lavoro in equipe. Secondo la letteratura scientifica, la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, soprattutto per la gestione di eventi ad alto impatto emotivo come la comunicazione di "bad news", contribuiscono alla prevenzione del burnout e favoriscono un approccio assistenziale più empatico, consapevole e coerente con i bisogni delle persone. L'iniziativa	RES ECM	Dietista,Educatore professionale,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Odontoiatra,Ortopedico,Assistente di oftalmologia,Ostetrica/o,Psicologo	professioni individuate a contatto con il paziente e le famiglie	20	2	40	3	6	
39	CUP e Sviluppo Sanità transfrontaliera	Accesso alle prestazioni sanitarie per utenti non iscritti al SSN	Fari Barbara	Il momento economico/storico contingente è caratterizzato da grandi flussi di popolazioni che si spostano per motivi di studio, di turismo, per fuggire a guerre e persecuzioni e non ultimo per la ricerca del benessere fisico e quindi guarigione da alcune patologie che in molti Paesi non trovano risorse economiche, professionali e/o tecnologiche. Queste persone hanno diritti che vanno rispettati e doveri ai quali devono attenersi. Il personale sanitario ed amministrativo che si occupa di accesso ai percorsi clinici dei pazienti si trova spesso in difficoltà nel relazionarsi con questi utenti in quanto le norme che regolano l'accesso sono complesse, i documenti da considerare sono svariati, gli idiomi che usano per esprimersi sono spesso incomprensibili.	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	solo per i dipendenti che gestiscono l'accesso dei pazienti stranieri	30	2	60	4	8	
40	Accreditamento, Qualità e Rischio clinico	Gestione delle lesioni da pressione in ambito pediatrico	Da definire	Una cute estremamente fragile in tutti i distretti del corpo, immatura e con una fisiopatologia diversa da quella dell'adulto rende la prevenzione delle lesioni da pressione in età neonatale e pediatrica un terreno molto complesso. E questo non riguarda solo i setting assistenziali di degenza a bassa intensità di cura, ma soprattutto realtà critiche quali la terapia intensiva neonatale e quella pediatrica e le aree subintensive.	RES ECM	tutte le professioni	professionisti afferenti al dipartimento di pediatria	25	2	50	8	16	
41	Gestione Tecnica, edile, impiantistica	Il trattamento delle riserve negli appalti pubblici	Bertuzzi Donatella	approfondimento normativo ed esame di casi pratici e sentenze in merito alle riserve avanzate dall'appaltatore	RES no ECM		dipendenti del dipartimento Tecnico amministrativo interessati	10	1	10	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
42	Gestione Economico - Finanziaria	Inglese per la Pubblica Amministrazione	Da definire	Approfondire le conoscenze linguistiche per acquisire nuove competenze in ambito di comunicazione	RES no ECM	professioni non ecm	destinatari no ecm afferenti al dipartimento gestione tecnico-amministrativo	20	1	20	24	24	
43	Gestione Economico - Finanziaria	Corso Excel base	Accardo Antonio	Il corso di formazione ha l'obiettivo di fornire delle solide basi per un utilizzo efficace di Excel in ambito lavorativo, migliorando produttività e gestione delle attività quotidiane.	RES no ECM	tutte le professioni	tutti i dipendenti videoterminalisti	50	1	50	40	40	
44	Gestione Economico - Finanziaria	Novità e scenari evolutivi del sistema contabile degli enti territoriali soggetti al d.lgs. n. 118 del 2011	Rachelli Alessandra	Comprendere i Principi Fondamentali della Riforma Accrual - Approfondire il Quadro Normativo e le Direttive Europee - Sviluppare Competenze per la Predisposizione dei Bilanci Accrual - Prepararsi per la Fase di Sperimentazione e Plena Implementazione, con l'obiettivo di garantire un'avvio corretto e tempestivo della contabilità accrual nello specifico delle aziende sanitarie	RES no ECM	tutte le professioni	tutti i dipendenti amministrativi della SC Gestione economica finanziaria	10	1	10	5	5	
45	SC R Radiologia Pediatrica	Meeting di radiologia: pediatri e radiologi a confronto	Granata Claudio	L'evento formativo si propone di migliorare e mantenere a livelli elevati la qualità delle cure, raggiungibile implementando le conoscenze e le competenze dei medici nella gestione e nella valorizzazione clinica delle evidenze che emergono dagli accertamenti radiologici eseguiti ai pazienti degenzi nelle strutture dell'Istituto.	FSC ECM	Anestesia e rianimazione,Chirurgia pediatrica,Neonatologia,Neuropsichiatria infantile,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoiatria,Pediatria,Radiodiagnistica		25	1	25	10	10	
46	SC R Radiologia Pediatrica	Aggiornamenti clinico-organizzativi in radiologia pediatrica	Granata Claudio	La SC Radiologia Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo rappresenta un supporto per le altre strutture clinico-assistenziali talvolta determinante nella valutazione di una casistica clinica sempre più eterogenea e multiforme. Esiste quindi una complessità operativa rappresentata dalla gestione ed organizzazione di una struttura altamente tecnologica e informatizzata.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica		25	1	25	20	20	
47	SC R Radiologia Pediatrica	Addestramento all'uso del tomografo a Risonanza Magnetica	Granata Claudio	Questa iniziativa di formazione sul campo intende far sviluppare a tutti i professionisti (medici con specializzazione in radiodiagnistica, tecnici sanitari di radiologia medica e infermieri/infermieri pediatrici) le necessarie e specifiche competenze teorico-pratiche per utilizzare il tomografo a Risonanza Magnetica in dotazione presso la SC Radiologia Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, soprattutto nel caso di neacciunti/neoinseriti (professionisti che non hanno mai lavorato in un servizio di Risonanza Magnetica specialmente ad indirizzo pediatrico).	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario di radiologia medica		10	1	10	25	25	
48	SC R Radiologia Pediatrica	ECOGRAFIA con MDC	Granata Claudio	L'utilizzo del mdc in ecografia è attualmente off label, ma è di sicuro interesse per la valutazione degli organi con lesioni, senza l'utilizzo di radiazioni ionizzanti.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo radiodiagnistica		10	1	10	10	10	
49	SC R Radiologia Pediatrica	RADIOPROTEZIONE DELL'OPERATORE	Granata Claudio	corso obbligatorio per i professionisti coinvolti nell'uso di apparecchiatura per la radiodiagnistica	RES ecm	professionisti con obbligo formativo di radio protezione dell'operatore	dipendenti coinvolti nell'uso delle apparecchiature radiodiagnostiche	20	1	20	8	8	
50	SC Genetica Medica	Presentazione di casi clinici complessi: risultati, analisi e discussione	Gasparini Paolo	La complessità dei quadri clinici e dell'interpretazione del dato molecolare rende necessaria la predisposizione di incontri periodici tra il laboratorio e la clinica per un'integrazione condivisa tra diverse expertise.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico, privo di specializzazione		10	1	10	20	20	
51	SC Genetica Medica	Aggiornamento continuo delle tecniche di laboratorio in Genetica Medica	Gasparini Paolo	Nel laboratorio di Genetica Medica del nostro Istituto sono continuamente implementate nuove tecnologie ed analisi, aumentando di conseguenza l'attività di laboratorio che ha assunto proporzioni impressionanti. E' necessario, quindi, un continuo aggiornamento per quanto riguarda le specifiche conoscenze delle tecnologie disponibili e le loro possibili applicazioni in campo sanitario. E' indispensabile quindi definire momenti di incontro/confronto per coordinare le varietà, definire le competenze e programmare un continuo aggiornamento	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico		10	1	10	10	10	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
52	SC Genetica Medica	Neurogenetica ed epilessia: lo sviluppo delle reti	Paccagnella Elisa	L'evoluzione continua delle conoscenze rispetto alle cause genetiche dell'epilessia rende necessario un costante aggiornamento scientifico e motiva la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinare all'interno dei quali devono trovare spazio ed integrarsi con competenze specialistiche diverse. Le scoperte della genetica in questo settore, nell'evidenziare le caratteristiche molecolari del background neurobiologico dell'epilessia e delle sue comorbidità, stanno contribuendo significativamente alla condivisione della prospettiva delle sindromi epilettiche pediatriche come modelli di disturbi del neurosviluppo multidimensionali.	RES ECM	tutte le professioni	professionisti afferenti al dipartimento di pediatria e i ricercatori coinvolti nello studio specifico	90	1	90	6	6	Il trimestre
53	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Seminari in ostetricia e ginecologia	Ricci Giuseppe	L'aggiornamento e il confronto nell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare è necessario per garantire la qualità e la sicurezza dei percorsi ostetrico-ginecologici, contestualizzandoli alle nuove linee guida o raccomandazioni delle società scientifiche.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		70	1	70	10	10	
54	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Isteroscopia operativa ambulatoriale Think Tank: Hysteroscopy Focus infertilità	De Santo Davide	La letteratura evidenzia che l'isteroscopia operativa vaginale in DH garantisce lo stesso confort antalgico dell'isteroscopia in sedazione. Per offrire standard di qualità è necessario l'aggiornamento continuo a beneficio delle pazienti e delle strutture sanitarie	RES ECM	tutte le professioni	ginecologi, ostetrica, infermiere del reparto di ginecologia	200	1	200	8	8	
55	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Aggiornamenti sulle condizioni cliniche e procedure di pertinenza ostetrica, perinatale e ginecologica	Maso Giampaolo/Ricci Giuseppe	La casistica ostetrico-ginecologica che viene ricoverata presso l'area ostetrico-ginecologica dell'IRCCS Burlo Garofolo, è solitamente complessa. La revisione e l'aggiornamento continuo dei protocolli per l'assistenza dei casi a rischio rappresentano una modalità di lavoro consolidatosi nel corso degli anni al fine di adeguare la pratica clinica alle indicazioni della letteratura internazionale.	FSC ECM	Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,Neonatologia,Privo di specializzazione		35	1	35	10	10	
56	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Energy in gynecological laparoscopic surgery	Romano Federico	Il progresso tecnologico utilizza il digitale per migliorare le tecniche chirurgiche e gli esiti sul paziente, oltre che favorire il confort dell'operatore	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline	ginecologi, ostetrica, infermiere del reparto di ginecologia	100	2	100	8	16	
57	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Energy in gynecological laparoscopic surgery	Romano Federico	Le innovazioni tecnologiche consentono di rispondere efficacemente alla maggior complessità clinica e chirurgica. L'elevata casistica di interventi ha consentito di maturare al team chirurgico un expertise riconosciuto sia a livello regionale che extra-regionale, con la richiesta di colleghi che chiedono di poter frequentare la struttura con un tirocinio osservazionale appositamente organizzato.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		20	1	20	14	14	
58	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	Trieste Academy of Gynecological Surgery - Hysteroscopy	Romano Federico/Ricci Giuseppe/Di Lorenzo Giovanni	Le innovazioni tecnologiche consentono di rispondere efficacemente alla maggior complessità clinica e chirurgica. L'elevata casistica di interventi ha consentito di maturare al team chirurgico un expertise riconosciuto sia a livello regionale che extra-regionale, con la richiesta di colleghi che chiedono di poter frequentare la struttura con un tirocinio osservazionale appositamente organizzato.	FSC ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		20	1	20	14	14	
59	SC U Clinica Ostetrica e Ginecologica	HPV... una sfida per tutti	Uri Wiesenfeld	Il tema HPV costituisce una delle problematiche socio-sanitarie più rilevanti di questi ultimi anni e coinvolge molte discipline mediche. La positività a questo virus a trasmissione sessuale, con potenziali effetti cancerogeni, rappresenta una consapevolezza che può destabilizzare non solo chi riceve la notizia, ma l'intero ambito familiare. Questo dato deve essere considerato dagli operatori sanitari che devono comunicare in modo corretto questa "diagnosi". Si discuterà inoltre sulla principale "arma" per ridurre al minimo il rischio di infettarsi, costituita dal vaccino, presidio terapeutico tanto utile quanto, talvolta, visto con "diffidenza".	RES ECM	tutte le professioni/tutte le discipline		80	1	80	8	8	I trimestre
60	SC U Clinica Pediatrica	La capillaroscopia peringuale nelle malattie dermatologiche e immuno-reumatologiche	Taddio Andrea	La capillaroscopia peringuale è uno strumento diagnostico semplice, non invasivo e di grande rilevanza clinica per lo studio del microcircolo. Negli ultimi anni il suo utilizzo si è esteso oltre la reumatologia, abbracciando sempre di più anche la dermatologia e l'immunologia clinica, grazie alla capacità di fornire informazioni precoci e specifiche su alterazioni vascolari associate a numerose patologie autoimmuni e disordini del tessuto connettivo.	RES ECM	Assistente sanitario,Biologo/Biotecnologo,Medico chirurgo	professionisti individuati del dipartimento di pediatria	10	1	10	8	8	Il trimestre

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
61	SC U Clinica Pediatrica	Quando e come inviare un sospetto disturbo specifico dell'apprendimento: scuola sanità a confronto	Loncari Isabella/Giangreco Manuela	Il presente progetto ha lo scopo gestire gli invii ambulatoriali per sospetto Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA che sono dislessia, discalculia e disortografia) dato l'elevato numero di richieste improprie che generano lunghe liste di attesa. I DSA sono disturbi che con varie gradazioni di gravità durano tutta la vita; interventi abilitativi precoci, che hanno l'obiettivo di automatizzare un processo neuropsicologico poco efficace, permettono di attenuare l'impatto del disturbo. Vi è consenso il letteratura circa la necessità quindi dell'individuazione precoce (entro la fascia di età 7-10 anni) dei soggetti con DSA per poter intervenire in termini abilitativi e per poter attivare i provvedimenti dispensativi e compensativi previsti dalla legge 170/2010. Dopo questa fascia di età gli interventi abilitativi, sono di tipo metacognitivo e non possono più agire sull'automaticizzazione dei processi (p.es lettura). Le lunghe liste di attesa per richieste improprie spesso non permettono l'individuazione precoce e tempestiva di questi disturbi. La prevalenza dei DSA nella regione Friuli Venezia Giulia è del 3.1% (come emerso da uno st	RES ECM	Logopedista,Medico chirurgo,Psicologo, Neuropsichiatria Infantile, PLS	professionisti già individuati dal responsabile scientifico	300	1	300	8	8	
62	SC U Clinica Pediatrica	Supervisioni della presa in carico dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare secondo il modello della CBT-E	Roia Anna/Carrozza Marco	La CBT-E (Terapia Cognitivo Comportamentale migliorata) è il trattamento psicologico evidence-based raccomandato dalle linee guida NICE del 2017 per tutti i disturbi dell'alimentazione e per tutte le età. Quest'anno si è svolta la formazione CBT-E, dedicati agli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri della Regione FVG che si occupano di DCA (disturbi del comportamento alimentare), con l'obiettivo di acquisire le conoscenze e le competenze tecniche specifiche del modello. A completamento del percorso di formazione CBT-E appena effettuato, si propone un ciclo di supervisioni dei casi clinici da svolgersi con i docenti che hanno gestito la formazione teorica: il dott. Riccardo Dalle Grave (medico psicoterapeuta, specialista in endocrinologia e scienza dell'alimentazione) e la dott.ssa Simona Calugi (psicologa psicoterapeuta).	FSC ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline		20	1	20	20	20	
63	SC Pedriatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Il triage pediatrico per esecutori SIMEUP	Norbledo Stefania	L'iter formativo prevede di uniformare la metodologia valutativo-decisionale degli operatori di Triage del Pronto Soccorso Pediatrico al fine di migliorare l'assistenza del bambino, in base ai diversi livelli di priorità; il corso si propone di far acquisire le competenze per la rapida valutazione della gravità del paziente afferente al Pronto Soccorso Pediatrico, così da stabilire la priorità di accesso alle cure mediche; vengono inoltre forniti gli strumenti per la gestione in autonomia degli iniziali interventi assistenziali al bambino; il corso si propone infine di far acquisire conoscenze specifiche di tipo relazionale relative all'accoglienza del bambino e dei familiari, i quali vivono con particolare apprensione qualiasi anche sospetta modificazione dello stato di salute del bambino.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	professionist individuati afferenti al pronto soccorso	15	2	30	16	32	
64	SC Pedriatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Tossicologia pediatrica	Norbledo Stefania	Il corso di tossicologia clinica ha l'obiettivo di fornire le nozioni di base e gli strumenti clinici per poter riconoscere e trattare le più frequenti intossicazioni in età evolutiva, ed in particolare la presa in carico del paziente pediatrico intossicato nella cosiddetta "golden hour". Poche sono le offerte formative riguardanti il paziente pediatrico per un materia che di fatto è esclusa dall'insegnamento universitario e post universitario. Di contro sono estremamente frequenti i casi clinici che devono gestire i pediatri che operano in ambito emergenziale. Questo corso, compreso nell'offerta formativa della SIMEUP, include una parte generale caratterizzata da lezioni frontali ed una parte interattiva caratterizzata da casi clinici e scenari di simulazione.	RES ECM	Assistente sanitario,Biologo/Biotecnologo,Chimico,Farmacista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	professionist individuati afferenti al pronto soccorso	100	1	100	8	8	
65	SC Pedriatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	PEARS	Norbledo Stefania	Il corso PEARS SIMEUP fornisce al personale sanitario le conoscenze e gli skills necessari a riconoscere e trattare un bambino critico. Si basa sull'uso di scenari svolti con un approccio di équipe per insegnare il trattamento dell'emergenza pediatrica in pazienti vicini o già in arresto cardiaco e/o respiratorio. Il corso insegna come gestire il bambino critico dai primi minuti dell'emergenza fino alla sua stabilizzazione e/o alla fase di trasporto	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	tutti i professionisti destinatari a contatto con il paziente pediatrico critico	12	2	24	9	18	
66	SC Pedriatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Le skills dei professionisti in area d'emergenza territoriale mista	Amadeo Alessandro	L'emergenza pediatrica rappresenta una delle aree più critiche e complesse dell'assistenza sanitaria territoriale e centralizzata ed è spesso caratterizzata da bassa frequenza degli eventi e da un elevato rischio clinico. I professionisti che operano sul campo e nei servizi territoriali di emergenza/urgenza e nelle strutture pediatriche devono essere in grado di riconoscere precoceamente condizioni di instabilità clinica, attuare interventi appropriati e tempestivi con competenze tecniche e relazionali nella gestione dello stress spesso conseguente ad evento acuto. Integrare le skills del professionista rendendole fluide omogenee e permettendogli di muoversi con sicurezza anche in un ambiente diverso quale il soccorso territoriale mobile 118 anche in vista della partenza del progetto di centralizzazione del trasporto pediatrico deve diventare un mast per chi si occupa di ambiti ad elevata intensità di cura.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo		5	1	5	12	12	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
67	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Educazione sanitaria e prevenzione degli incidenti domestici il burlo entra nelle scuole	Rabach Ingrid	Un programma di educazione sanitaria nella scuola di grado preparatorio può servire per promuovere nei bambini una cultura della salute e del benessere, ridurre i fattori di rischio, potenziare l'autonomia e favorire un apprendimento di concetti importanti per la salute. Investire in questa fase significa porre le basi per una società futura più sana e consapevole. Fra i 3 e gli 8 anni la letteratura descrive come sembrano potenzialmente instaurarsi comportamenti potenzialmente a rischio o definiti cattive abitudini future. L'ospedale è nello specifico il pronto soccorso entra in punta di piedi all'interno della scuola per portare contenuti legati alla prevenzione e la sicurezza degli ambienti e delle relazioni. Si ipotizza anche un incontro allargato non solo ai bambini ma anche alle famiglie in modo da rispondere a dubbi o richieste specifiche e gettare un tramite con la popolazione.	RES ECM	tutte le professioni		20	2	40	4	8	
68	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	La ventilazione noninvasiva in età pediatrica	Amaddeo Alessandro	La ventilazione noninvasiva (NIV) è una tecnica di supporto ventilatorio sempre più utilizzata in ambito pediatrico, sia nel paziente con patologia acuta che nel paziente con insufficienza respiratoria cronica. Lo sviluppo tecnologico a cui si è assistito in ambito biomedico negli ultimi anni ha reso disponibile una vasta gamma di opportunità terapeutiche anche in ambito pediatrico e come conseguenza le indicazioni a l'utilizzo della NIV sia in acuto che in cronico sono aumentate esponenzialmente. La disponibilità della NIV ha permesso di aumentare la sopravvivenza dei pazienti con bisogni complessi, che spesso richiedono un'assistenza fornita da un'equipe multidisciplinare capace di gestire situazioni ad alta complessità e criticità. Al fianco della NIV, nel contesto del paziente con patologia complessa cronica, diventa sempre più importante la gestione delle secrezioni e in particolare della disostruzione bronchiale. In questo contesto emerge chiara la necessità di creare situazioni di formazione e informazione sulla NIV sia nella gestione acuta che cronica. Il corso verrà svolto sia in modalità resi	RES ECM	Tutte le professioni	Dipartimento Pediatrico e Aree intensive	15	1	15	8	8	
69	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	Simulazioni in emergenza pediatrica	Norbedo Stefania	La gestione del bambino critico in pediatria è resa difficile dalle caratteristiche fisiopatologiche del paziente e dalla rarità degli eventi severi. In tal senso la simulazione sopperisce a queste mancanze tramite esercitazioni pratiche e ripetute di scenari d'urgenza	FSC ECM	Infermiere,infermiere pediatrico		20	1	20	12	12	
70	SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	La sedazione pediatrica	Norbedo Stefania	L'analgesiodesedazione pediatrica è parte integrante della presa in carico del bambino e della sua famiglia. Ogni visita ed ogni procedura devono prendere in considerazione anche la necessità di una riduzione del dolore e dell'ansia vissuta dal bambino al fine di evitare il vissuto negativo ed il remodeling neuronale	FSC ECM	Infermiere,infermiere pediatrico,Medico chirurgo		20	1	20	6	6	
71	SC Oncoematologia	Analisi di casi clinico-assistenziali in ambito oncoematologico pediatrico	Rabusin Marco	Nella SC di Onco-Ematologia dell'IRCCS BG afferiscono pazienti complessi affetti da patologia oncoematologiche o in attesa di trapianto di cellule staminali hematopoietiche spesso provenienti da paesi extra Ue. Assume pertanto fondamentale rilievo poter condividere i percorsi di cura non solo tra il personale medico ed infermieristico ma tra tutto il personale afferente alla struttura	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo,Ematologia,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione		30	1	30	10	10	
72	SC Oncoematologia	Revisione dell'organizzazione e della gestione della SC Onco-Ematologia e centro Trapianti dell'IRCCS Burlo Garofolo	Rabusin Marco/Longo Antonella	La riunione è lo strumento chiave di comunicazione interna maggiormente utilizzato in tutti gli ambienti ed i contesti di lavoro ed è uno dei metodi più efficaci per raccogliere e diffondere informazioni e decidere su attività ed organizzazione. La SC Oncoematologia presenta una complessità clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale tale da richiedere la collaborazione e l'integrazione di tutti gli operatori sanitari e non presenti nella struttura. Il mantenimento delle riunioni periodiche rappresenta uno strumento che può garantire un'efficace comunicazione tra gli operatori, uno scambio proficuo di competenze e di informazioni inerenti linee guida protocolli, procedure, evidenze scientifiche, allo scopo di migliorare sia l'approccio clinico assistenziale che l'organizzazione del lavoro.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo,Ematologia,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione		25	1	25	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
73	SC Oncoematologia	Organizzazione di un programma di formazione degli operatori sanitari nell'ambito del Programma Trapianti Metropolitano Giuliano-Isontino	Rabusin Marco	Nel corso del 2024 è stato istituito il Programma Trapianti Metropolitano Giuliano-Isontino (PTM) frutto della fusione tra il Programma Trapianti Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo ed il Programma Trapianti CSE in pazienti adulti di ASUGI. Alle due Unità Cliniche si affiancano l'Unità di raccolta di CSE da sangue midollare, incardinata nell'Unità Clinica del Burlo, l'Unità di raccolta di CSE da sangue periferico e l'Unità di Processazione entrambe incardinate all'interno del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino. Contribuiscono inoltre all'attività del nuovo PTM altri servizi quali la citofluorimetria, la tipizzazione tissutale, e la farmacia delle rispettive Aziende. Tra gli obiettivi del nuovo programma Trapianto metropolitano vi è l'organizzazione di un programma comune di formazione sanitaria per il personale medico ed infermieristico che mantenga ed arricchisca le specifiche competenze promuovendo l'innovazione dei processi di assistenza sanitaria	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Farmacista,Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Psicologo,Ematologia,Farmacologia e tossicologia clinica,Igiene,epidemiologia e sanità pubblica,Medicina interna,Medicina trasfusionale,Oncologia,Pediatria,Privo di specializzazione		35	1	35	30	30	
74	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	La videoanalisi e le sordità infantili	Orzan Eva	Un uso costante degli impianti cocleari o degli apparecchi acustici di una bambina o un bambino, pur essenziale per avviare uno spontaneo sviluppo delle abilità uditive e linguistiche, non assicura dei outcomes ottimali. I risultati possono anche essere molto lenti e difficilmente valutabili, in particolare quando si tratta di bambini piccoli pre-verbali. Le tecniche di videoanalisi permettono in questi casi di ottenere una valutazione oggettiva, prima che i bambini siano in grado di produrre la lingua parlata	RES ECM	Logopedista,Medico chirurgo,Psicologo,Audiologia e fonatria,Otorinolaringoiatria	professionisti destinatari afferenti alla SC ORL	25	1	25	15	15	
75	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	I disturbi uditi in età evolutiva: diagnosi precoce e modelli di intervento integrato	Orzan Eva	Congiuntamente alle evoluzioni scientifiche, mediche e tecnologiche degli ultimi 15-20 anni è cresciuto un universale riconoscimento dell'importanza dell'identificazione e dell'intervento protetivo e riabilitativo precoci. Gli attuali ausili per l'ascolto sono in grado di correggere in modo ottimale tutti i livelli di danno sensoriale: quando applicati precocemente e in modo corretto offrono l'opportunità di far apprendere le abilità uditive e linguistiche secondo le tappe di sviluppo naturale, ponendo così le basi di una vita comunicativa autonoma e di una completa partecipazione scolastica e sociale per i bambini con danno uditorio anche di grado profondo	RES ECM	Logopedista,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Audiologia e fonatria,Otorinolaringoiatria	professionisti destinatari afferenti alla SC ORL	25	2	50	15	30	
76	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Pediatric Hearing Science '26: Research, Innovation, Future	Orzan Eva	Lo sviluppo uditorio e comunicativo nei primi anni di vita getta le basi per il benessere neurosensoriale dei bambini, permettendo diagnosi rapide, interventi efficaci e un percorso di crescita armonioso. E anche nell'adolescenza, un udito sano continua a essere un alleato fondamentale: favorisce l'autonomia, la partecipazione sociale e la costruzione di relazioni significative. Oggi, le innovazioni nelle neuroscienze, nelle tecnologie di screening e nelle metodologie di valutazione audiologica stanno rivoluzionando il modo in cui comprendiamo e sostieniamo lo sviluppo uditorio. Strumenti più sensibili, integrati e accessibili avvicinano la ricerca e la clinica alle esigenze reali delle famiglie, dei ragazzi, dei medici e dei ricercatori. L'IRCCS Burlo Garofolo, forte di collaborazioni internazionali di alto profilo e di una lunga tradizione di ricerca d'eccellenza, rappresenta un punto di riferimento per l'innovazione in audiologia pediatrica a livello nazionale. In questo scenario nasce "Pediatric Hearing Science '26: Research, Innovation, Future", un ciclo di tre incontri divulgativi, aperti a tutti e per	RES ECM	Biologo/Biotecnologo,Educatore professionale,Fisioterapista,Infermiere pediatrico,Logopedista,Medico chirurgo,Ortopedista/Assistente di oftalmologia,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Tecnico di neurofisiopatologia,Terapista della neuro e psicomotorità dell'età evolutiva	professioni destinatarie a contatto con il paziente pediatrico	100	3	300	9	27	
77	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	La broncoscopia rigida in emergenza	Grasso Domenico Leonardo	I corpi estranei rappresentano una emergenza che in età pediatrica possono comportare anche un esito infastidito. L'esecuzione di broncoscopia rigida rappresenta spesso la unica soluzione per l'asportazione di corpi estranei presenti nell'albero tracheobronchiale e ostruenti le vie respiratorie	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo		10	1	10	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)	
78	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Il percorso audioprotetico pediatrico, tracciato con cura	Orzan Eva	Il percorso di adattamento protetico in età pediatrica richiede la collaborazione di più figure professionali: la clinica, responsabile della diagnosi e della validazione del beneficio uditorio, e l'audioprotesista, che seleziona, applica e verifica l'apparecchio acustico. In questo contesto, la comunicazione tra i due diventa un elemento fondamentale per garantire che ogni bambino o bambina riceva un intervento efficace e personalizzato. Ogni fase dalla diagnosi alla selezione del dispositivo, fino alla verifica e la sua validazione comporta una raccolta e trasmissione di informazioni: dati audiometrici, caratteristiche tecniche degli apparecchi, risultati delle verifiche oggettive, osservazioni sull'uso quotidiano e il coinvolgimento della famiglia. Se questi passaggi non sono chiari o ben documentati, si rischia di compromettere la qualità del trattamento e, nei casi peggiori, lo sviluppo uditorio, comunicativo e linguistico dei bambini. Per rispondere a questa necessità un gruppo di professionisti con grande esperienza audiologica pediatrica ha ideato, sviluppato, verificato e validato la Check list Audio	RES ECM	Logopeda,Medico chirurgo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista	professionisti destinatari afferenti alla SC ORL	25	1	25	5	5		
79	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Casi clinici complessi in otorinolaringoiatria e audiology pediatrica: inquadramento diagnostico, presa in carico, iter terapeutico, follow up	Orzan Eva	L'avvio di un percorso formativo strutturato dedicato alla discussione dei casi clinici complessi in ambito ORL e audiologico pediatrico risponde all'esigenza di garantire ai piccoli pazienti un'assistenza sempre più appropriata, personalizzata e basata sulle migliori evidenze disponibili.	FSC ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopeda,Medico chirurgo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista		20	1	20	40	40		
80	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Dall'obiettivo di ricerca al protocollo: guida completa alla progettazione e alle buone pratiche	Zamagni Giulia/Giangreco Manuela	La redazione di un protocollo di ricerca rappresenta la fase centrale e più critica della progettazione di uno studio clinico o osservazionale, poiché da essa dipendono la qualità metodologica, la riproducibilità, la trasparenza e l'affidabilità dei risultati. Un protocollo chiaro, completo e metodologicamente rigoroso costituisce infatti la base per garantire processi di ricerca solidi, corretta documentazione e conformità agli standard etici e normativi. In questo contesto, le Good Clinical Practice (GCP – ICH E6) forniscono uno standard scientifico riconosciuto a livello internazionale per progettare, condurre e riportare gli studi clinici che coinvolgono soggetti umani, integrandosi con i principi più generali di buona pratica scientifica (Good Research Practices, GRP).	RES ECM	tutte le professioni	professionisti coinvolti nella ricerca	25	2	50	6	12		
81	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Sviluppare e consolidare le competenze dei Clinical Study Coordinator nella ricerca clinica	Bonifacio Barbara	Il percorso formativo nasce dall'esigenza di garantire un allineamento omogeneo del personale coinvolto nelle medesime attività operative, nel rispetto delle necessità istituzionali e dei requisiti normativi vigenti (D. Lgs. 14 maggio 2019, n. 52; Decreto 30 novembre 2021, Art. 7). La formazione sul campo in oggetto intende creare uno spazio strutturato di confronto, volto a favorire l'integrazione dei diversi know-how e delle competenze individuali, con l'obiettivo di ottimizzare i processi comuni e sostenere la crescita professionale e personale del personale coinvolto.	FSC ECM	tutte le professioni							0	
82	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	Le cure che nutrono (Nurturing Care): La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita	Milinco Mariarosa	Una mole crescente di evidenze scientifiche in campi disciplinari diversi, dalle neuroscienze all'economia, ha cambiato radicalmente il nostro modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (Early Child Development ECD), facendoci comprendere i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppare appieno il potenziale di sviluppo nei primi anni, i vantaggi degli interventi precoci, e quindi la necessità di investire maggiormente in salute, nutrizione, educazione precoce, protezione sociale in questo periodo cruciale della vita.	RES ECM	Tutte le professioni, Medico Chirurgo, Medicina generale,Neonatologia,Pediatria,Pediatria (Pediatri di libera scelta),Psichiatria,Psicoterapia,Privo di specializzazione	professionisti coinvolti nel rapporto con le famiglie	35	1	35	7	7		
83	SC R Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	La gestione e il monitoraggio dell'aumento di peso nelle donne in gravidanza nell'ambito di uno studio RCT sull'applicazione del counselling motivazionale breve	Pani Paola	Partendo dai dati epidemiologici regionali relativi allo stato ponderale della donna in gravidanza e considerato il ruolo chiave dell'alimentazione per la salute della gestante e del nascituro, si evidenzia la necessità di migliorare il percorso di assistenza nutrizionale e uniformare le conoscenze e le pratiche tra gli operatori sanitari.	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Dietista,Fisioterapista,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro		25	1	25	6	6		

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
84	SC Oculistica	Valutazione e riabilitazione della CVI (Cerebral Visual Impairment)	Michieletto Paola/Giganti Rita Silvia	La CVI è la perdita bilaterale dell'acuità visiva o del campo visivo in presenza di un occhio del tutto normale o una riduzione visiva maggiore di quella attesa basandosi sul quadro della patologia oculare presente. Nella CVI infatti la cecità o l'ipovisone possono essere determinate solamente dal danno retro-chiasmatico o essere associate ad un danno a livello del bulbo o del nervo ottico. La più frequente causa di CVI nel bambino è il danno perinatale ipossico-ischemico. Nel bambino a termine ciò porta ad infarti cistici nelle regioni frontali e parieto-occipitali o a danno a livello dei talami e dei gangli della base, nel prematuro invece produce selettivamente un danno della sostanza bianca periventricolare (leucomalacia periventricolare, PVL), emorragia intraventricolare, cisti poroencefaliche ed alterazioni dei neuroni corticali: vista la vicinanza tra le radiazioni ottiche e i tratti motori corticospinali c'è coesistenza tra CVI, PVL e paralisi cerebrale (CP). I bambini affetti da sola cecità sono molto pochi, il tasso di pluridisabilità è alto e si può andare dalle intellectual disability (ID) ed autismo fino a gravi deficit neurologici (epil)	RES ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopeda,Medico chirurgo,Ortopedista/Assistente di oftalmologia,Psicologo,Tecnico della riabilitazione psichiatrica,Tecnico di neurofisiopatologia,Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva,Terapista occupazionale	destinatari individuati che lavorano in oculistica	100	1	100	6	6	
85	Laboratorio di diagnostica avanzata traslazionale – farmacologia	Journal Club	Ponis Giuliano	Il ciclo di Journal Club supporta l'aggiornamento continuo attraverso l'analisi critica di articoli scientifici recenti, favorendo una lettura consapevole delle evidenze e un confronto multidisciplinare utile alla pratica clinica.	FSC ECM	tutte le professioni		20	1	20	6	6	
86	Laboratorio di diagnostica avanzata traslazionale – farmacologia	Consulenze farmacologiche: discussione casi clinici	Ponis Giuliano	Gli incontri mirano a migliorare l'appropriatezza terapeutica attraverso la discussione multidisciplinare di consulenze farmacologiche e casi clinici. L'integrazione di evidenze aggiornate, farmacocinetica, farmacodinamica, farmacogenetica e interazioni consente decisioni più sicure ed efficaci, in particolare nei pazienti complessi.	FSC ECM	tutte le professioni		20	1	20	6	6	
87	Laboratorio di diagnostica avanzata traslazionale – farmacologia	Medicina Traslazionale, rivolti sull'attività di Laboratorio	Stocco Gabriele	Al fine di svolgere al meglio l'attività laboratoristica all'interno della Diagnostica Avanzata Traslazionale, vanno condivisi i percorsi assistenziali previsti per le varie sezioni presenti all'interno della struttura, con uno spazio dedicato alle consulenze farmacologiche, alla certificazione e all'attività pratica di laboratorio	FSC ECM	Biologo/Biotecnologo,Chimico,Farmacista,Medico chirurgo,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,		40	1	40	6	6	
88	SC Anestesia e Rianimazione	Corso teorico pratico multidisciplinare e CRRT	Sagredini Raffaella	la crrt pediatrica (continuous renal replacement therapy) è una tecnica dialitica continua fondamentale per la gestione dei pazienti critici in ti con indicazioni renali ed extrarenali, la sua applicazione in ambito pediatrico richiede competenze altamente specialistiche un approccio multidisciplinare integrato	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	destinatari afferenti all'area intensiva pediatrica /sc anestesiologica	30	1	30	8	8	
89	SC Anestesia e Rianimazione	EMERGENZE PEDIATRICHE-STABILIZZAZIONE E TRASPORTO	Sagredini Raffaella	la centralizzazione del paziente pediatrico richiede una stabilizzazione del piccolo paziente per ridurre il rischio di complicanze. e' quindi necessario un approccio condiviso tramite protocolli o best practice tra hub e spoke	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo	professionisti impegnati nel trasporto protetto del paziente	100	2	200	8	16	
90	SC Neonatologia	Protocolli e linee guida per l'assistenza al neonato a rischio	Starc Meta	Condividere strategie clinico assistenziali e procedure all'interno della struttura sostenute dalle recenti evidenze scientifiche	FSC ECM	tutte le professioni/Neonatologia,Pediatria		45	1	45	17	17	
91	SC Neonatologia	La Neonatologia incontra la Pediatria di Base	Travan Laura	La tutela della salute di soggetti fragili come quella del neonato ex pretermine e con patologia congenita richiede lo sviluppo di modalità organizzative fortemente integrate tra pediatri neonatologi dell'IRCCS Burlo Garofolo e Pediatri di Libera Scelta finalizzate a garantire la continuità nella presa in carico.	FSC ECM	Fisioterapista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Pediatria,Pediatri (Pediatri di libera scelta)		30	1	30	6	6	
92	SSD Gravidanza a rischio	Corso teorico-pratico sull'interpretazione e gestione del tracciato cardiotocografico in travaglio	Maso Gianpaolo	La corretta interpretazione del tracciato cardiotocografico è necessaria per la definizione di rischio ostetrico e l'appropriatezza ed efficacia degli interventi posti in essere nella gestione del travaglio di parto. Risulta necessario quindi aggiornare le conoscenze dei professionisti coinvolti in sala parto al fine di condividere ed uniformare la gestione del travaglio di parto, a seconda del rischio ostetrico assegnato.	RES ECM	Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,privo di specializzazione, Ostetrica/o	destinatari individuati	25	4	100	5	20	
93	SSD Gravidanza a rischio	Patologie tromboemboliche in gravidanza	Maso Gianpaolo	L'aumento dell'età media delle donne in gravidanza ed i progressi scientifici, che consentono di intraprendere una gravidanza alle donne con pregresse patologie croniche, impongono un'attenta valutazione del rischio tromboembolico dall'epoca preconcezionale al puerperio.	RES ECM	Tutte le discipline	professionisti afferenti al dipartimento materno neonatale	50	2	100	4	8	
94	SSD Gravidanza a rischio	CTG and perinatal meeting	Maso Gianpaolo	La revisione dell'operato e la discussione di casi clinici in travaglio in termini di esiti avversi o near miss materno e feto-neonatali è di fondamentale importanza nel processo di analisi della qualità della cure	FSC ECM	Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,privo di specializzazione		15	1	15	1	1	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
95	SSD Gravidanza a rischio	Infezioni peripartum: linee guida e revisione della casistica	Maso Gianpaolo	Le infezioni peripartum, pur rappresentando un argomento di estrema importanza nell'ambito della qualità dell'assistenza, sono una tematica poco trattata. In tale contesto, rientrano anche la prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ostetrico.	RES ECM	Tutte le discipline	professionisti afferenti al dipartimento materno neonatale	50	1	50	4	4	
96	SSD Gravidanza a rischio	Corso teorico-pratico sull'interpretazione del tracciato cardiotocografico	Maso Gianpaolo	Investire in un corso che si pone l'obiettivo di fornire ai partecipanti i presupposti di fisiopatologia per un corretto utilizzo di questa tecnica durante la gravidanza consente il monitoraggio appropriato dell'assegnazione del rischio ostetrico	RES ECM	Anestesia e rianimazione,Ginecologia e ostetricia,privo di specializzazione	professionisti afferenti al dipartimento materno neonatale	25	3	75	4	12	
97	SC Farmacia	Le norme di Buona Pratica Clinica: uno strumento a supporto dei ricercatori	Maestro Alessandra	Le Good Clinical Practice, ovvero "Buona Pratica Clinica", rappresenta uno standard etico e scientifico internazionale per la progettazione, conduzione, registrazione di studi clinici che coinvolgono soggetti umani. Seguire questo standard garantisce la protezione dei diritti dei partecipanti e la validità dei dati raccolti. È un insieme di linee guida che assicura che gli studi siano condotti secondo criteri di qualità elevati, tutelando i partecipanti e l'attendibilità dei risultati	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline	tutte le professioni	50	2	100	4	8	
98	SC Farmacia	L'attività del Clinical Trial Quality Team (CTQT) presso l'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo	Maestro Alessandra	I compiti principali del CTQT sono quelli di supportare i ricercatori dell'Istituto ed i Promotori no profit nelle fasi di disegno, attivazione, conduzione e conclusione di sperimentazioni non profit, garantendo prima dell'inizio della sperimentazione, durante lo svolgimento e dopo la fine della stessa, adeguati livelli di qualità secondo quanto previsto dalla normativa vigente, ed in particolare il DM 15 luglio 1997, il Regolamento europeo 536/2014, il DM del 30 novembre 2021, il DL 200/2007 e successive modifiche ed integrazioni.	FSC ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline		6	1	6	50	50	
99	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Gli strumenti dello Screening Uditivo Neonatale: tips and tricks	Orzan Eva	Lo Screening Uditivo Neonatale rappresenta lo strumento volto a garantire una precoce identificazione dei deficit uditivi congeniti. Le TEOAE e gli ABR automatici sono test strumentali di rapida esecuzione, basso costo e alta sensibilità che si somministrano a partire dalle 24 ore di vita nei neonati del Nido e della Terapia intensiva neonatale. Il programma si basa sulle linee guida della Joint Committe on Infant Hearing (2019) e sul documento operativo allegato alla G.d.G. n.1122 del 15.6.2012 (screening uditivo neonatale, sorveglianza e valutazione Audiologica) che definiscono criteri, protocolli e obiettivi per un percorso di screening standardizzato ed efficace nella Regione	FSC ECM	Infermiere, infermiere pediatrico, audiometrista		10	3	30	3	9	
100	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	Il programma di screening e intervento precoce dei deficit uditivi dell'infanzia	Orzan Eva	Lo Screening Uditivo Neonatale e la sorveglianza audiologica dell'infanzia garantiscono una precoce identificazione e conseguente cura dei deficit uditivi preverbali. Il programma di questo aggiornamento a distanza si basa sulle linee guida della Joint Committe on Infant Hearing (2019) e sul documento operativo allegato alla G.d.G. n.1122 del 15.6.2012 (screening uditivo neonatale, sorveglianza e valutazione audiologica) che definiscono criteri, protocolli e obiettivi per un percorso di screening standardizzato ed efficace nella Regione Friuli Venezia Giulia, ponendo anche attenzione alle evoluzioni scientifico-progettuali e gli aggiornamenti sul percorso diagnostico-terapeutico dei bambini con deficit uditivo permanente.	RES	Infermiere,Infermiere pediatrico,Logopeda,Medico chirurgo,Tecnico audiometrista,Tecnico audioprotesista,Medico chirurgo	professionisti a contatto con il paziente pediatrico e neonatale	200	1	200	3	3	
101	SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	La valutazione audiologica nel programma di screening uditivo neonatale e sorveglianza audiologica	Orzan Eva	Lo Screening Uditivo Neonatale Universale e la Sorveglianza Audiologica sono strumenti fondamentali per l'individuazione precoce dei deficit uditivi permanenti e costituiscono un elemento centrale del programma regionale, come definito nel documento allegato alla G.d.G. n. 1122/2012. Il livello riveste un ruolo cruciale, in quanto permette di confermare o escludere i sospetti emersi dallo screening e di individuare correttamente i bambini verso il quale eseguire. Dopo	FSC ECM	Medico chirurgo,Tecnico audiometrista		20	1	20	8	8	
102	Fisiopatologia della riproduzione e PMA - prassi clinica (omologa/eterologa)	I tumori eredo-familiari	Giuseppe Ricci	I tumori eredo-familiari sono tumori causati da mutazioni genetiche ereditarie, presenti fin dalla nascita. I portatori di una mutazione genetica sono considerati ad alto rischio di sviluppare specifici tipi di tumore e devono sottoporsi ad adeguati e seriati protocolli di prevenzione e sorveglianza mirati.	RES ECM	Biologo/Biotecnologo,Dietista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico della riabilitazione psichiatrica	destinatari individuati di tutte le strutture	60	1	60	8	8	
103	Fisiopatologia della riproduzione e PMA - prassi clinica (omologa/eterologa)	Disforia di genere	Giuseppe Ricci	La disforia di genere è una condizione caratterizzata da un intenso disagio psicologico legato alla incongruenza tra l'identità di genere percepita e il sesso biologico assegnato alla nascita. Le prime manifestazioni del disagio possono nascere in età infantile, ma più spesso in età adolescenziale causando forte sofferenza del singolo. In questo contesto risulta fondamentale intervenire con un approccio multidisciplinare che preveda una stretta collaborazione tra pediatra, endocrinologo, psicologo/psichiatra, ginecologo, urologo.	RES ECM	Assistente sanitario,Biologo/Biotecnologo,Dietista,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo,Tecnico della riabilitazione psichiatrica	L'evento è aperto a partecipanti sia interni (pediatria, endocrinologia e ginecologia e ostetricia) sia esterni (ASUGI, professionisti che lavorano sul territorio come pediatri di libera scelta e ginecologi).	60	1	60	8	8	

NUMERO PROGRESSIVO	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Razionale	Tipologia formativa	Destinatari	Destinatari in formazione obbligatoria	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione in ore	ore di formazione complessive	NOTE (trimestre di erogazione)
104	Fisiopatologia della riproduzione e PMA - prassi clinica (omologa/eterologa)	CORSO DI FORMAZIONE IN ENDOCRINOGIA GINECOLOGICA	Giuseppe Ricci	Le diverse fasi della vita delle donne, dal periodo fertile alla menopausa, sono caratterizzate da cambiamenti fisiopatologici e sintomi che possono influire sulla qualità della vita. Per questo, è importante prendersi cura della salute femminile, conoscendo e affrontando le problematiche che possono emergere in queste fasi.	RES ECM	Biologo/Biotecnologo,Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o,Psicologo	L'evento è aperto a partecipanti sia interni (pediatria, endocrinologia, ginecologia e ostetricia) sia esterni (ASUGI, professionisti che lavorano sul territorio come pediatri di libera scelta e ginecologi).	80	1	80	8	8	

ORE COMPLESSIVE PREVISTE A PIANO

1303

POSTI COMPLESSIVI PREVISTI

5447

n. progressivo	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Obiettivo formativo	Razionale	Tipologia formativa	Destinari	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva edizione	ore complessive erogate	NOTE (trimestre di erogazione)
1	Direzione sanitaria	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI secondo linee guida ILCOR 2020	Norbedo Stefania/ Barbi Egidio/ Bregant Gaia Milvia	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario dell'IRCCS Burlo Garofolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Audiologia e fonatria,Cardiologia,Chirurgia pediatrica,Direzione medica di presidio ospedaliero,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Medicina transfusionale,Microbiologia e virologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Ortopedia e	12	10	120	8	80	
2	Direzione sanitaria	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI-retraining secondo linee guida ILCOR 2020	Norbedo Stefania/ Barbi Egidio/ Savron Fabio	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario dell'IRCCS Burlo Garofolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Ostetrica/o, Anestesia e rianimazione,Audiologia e fonatria,Cardiologia,Chirurgia pediatrica,Direzione medica di presidio ospedaliero,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Medicina transfusionale,Microbiologia e virologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Ortopedia e	12	10	120	8	80	
3	Direzione sanitaria	BLS-D (Basic Life Support - Defibrillation) LAICI secondo linee guida ILCOR 2020	Norbedo Stefania/ Barbi Egidio/ Bregant Gaia Milvia	18	Saper intervenire nelle emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale laico dell'IRCCS Burlo Garofolo, garantendo una rianimazione di base	RES ECM	Biologo,Chimico,Dietista,Farmacista,Fisico,Fisioterapista,Igienista dentale,Logopeda,Odontoiatra,Ortottista/Assistente di oftalmologia,Psicologo,Tecnico audiometrista,Tecnico sanitario laboratorio biomedico,Tecnico di neurofisiopatologia,Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro,Tecnico sanitario di radiologia medica	12	13	156	5,3	68,9	
4	Direzione sanitaria	Corso Istruttori BLSD-SIMEUP	Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milvia		La società Italiana di Emergenza ed Urgenza Pediatrica SIMEUP ha predisposto un percorso formativo specifico ed indispensabile per accedere all'attività di formatore accreditato dalla società stessa. Il corso è progettato per fornire e facilitare l'acquisizione di conoscenze e competenze di base ai candidati formatori per i corsi sull'emergenza urgenza ed in particolare sul PBLs. Il corso è rivolto ai professionisti sanitari con conprovata esperienza nel campo della rianimazione cardiopolmonare e nella gestione delle urgenze che sono in possesso del titolo di BLSD-PBLs Esecutore in corso di validità (due anni).	RES ECM	Infermiere,infermiere pediatrico,Medico chirurgo,Anestesia e rianimazione,Pediatria	12	1	12	24	24	
5	Direzione sanitaria	BLS_D (Basic Life Support - Defibrillatio) SANITARI_ IRC	Pim Rebecca	18	Saper gestire le emergenze cardiorespiratorie intra ed extra ospedaliere da parte del personale sanitario dell'IRCCS Burlo Garofolo, garantendo una rianimazione di base.	RES ECM	Tutte le professioni sanitarie	12	10	120	4	40	
6	Direzione sanitaria	Disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel paziente pediatrico	Norbedo Stefania	10	L'inalazione di un corpo estraneo in età prescolare e scolare avviene molto frequentemente, ed è un evento potenzialmente letale poiché può esserci una chiusura completa delle vie aeree. L'obiettivo del corso è spiegare le cause più comuni di soffocamento per inalazioni da corpo estraneo e permettere ai partecipanti di conoscere le manovre di disostruzione delle vie aeree, in caso di ostruzione parziale o ostruzione completa.	RES no ECM	senza obbligo di crediti	12	30	360	2	60	

ORE COMPLESSIVE EROGATE 352,9

n. progressivo	Struttura/servizio/area proponente	Titolo	Responsabile scientifico	Obiettivo formativo	Razionale	Tipologia formativa	Destinari	N° partecipanti singola edizione	N° edizioni	Totale posti disponibili	Durata complessiva a edizione	NOTE (trimestre di erogazione)	
1	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione generale del lavoratore sulla sicurezza	Carosi Claudia	27	Il Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, D. Lgs. n. 81/2008, pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di provvedere all'informazione, alla formazione e all'addestramento dei lavoratori per la riduzione dei rischi derivanti dalla movimentazione manuale dei carichi.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
2	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione generale del lavoratore sulla sicurezza	Carosi Claudia	27	Il Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, D. Lgs. n. 81/2008, pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di provvedere all'informazione, alla formazione e all'addestramento dei lavoratori per la riduzione dei rischi derivanti dalla movimentazione manuale dei carichi.	FAD	Tutte le professioni/tutte le discipline						
3	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La formazione specifica per i lavoratori - Rischio Alto	Carosi Claudia	27	Fornire adeguate informazioni e operare una precisa formazione in merito all'impianto di sicurezza aziendale ed ai rischi lavorativi che riguardano tutti i dipendenti dell'IRCCS Burlo che lavorano in un ambiente di lavoro soggetto a rischio alto	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
4	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La formazione specifica per i lavoratori - Rischio Alto	Carosi Claudia	27	Fornire adeguate informazioni e operare una precisa formazione in merito all'impianto di sicurezza aziendale ed ai rischi lavorativi che riguardano tutti i dipendenti dell'IRCCS Burlo che lavorano in un ambiente di lavoro soggetto a rischio alto	FAD	Tutte le professioni/tutte le discipline						
5	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Aggiornamento formazione specifica per i lavoratori	Carosi Claudia	27	In ottemperanza al D. Lgs 81/08 è necessario offrire l'aggiornamento sui contenuti di tutela della salute e della sicurezza del lavoratore.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
6	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO -Funzioni e Responsabilità dei PREPOSTI (Accordo Stato-Regioni 21/12/2011) : aggiornamento	Carosi Claudia	27	Il D. Lgs 81/2008 prevede l'obbligo per i datori di lavoro di fornire ai preposti un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
7	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La formazione dei dirigenti per la sicurezza secondo Accordo Stato-Regioni 21.12.2011	Carosi Claudia	27	Il D. Lgs 81/2008 prevede l'obbligo per i datori di lavoro di fornire ai dirigenti un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
8	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Rischi e sicurezza in Risonanza Magnetica e il Regolamento di Sicurezza	Carosi Claudia	27	Al fine di garantire l'aggiornamento sulla normativa vigente in tema di sicurezza in Risonanza Magnetica (Decreto Ministeriale 14 gennaio 2021 "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica e individuazione di altre tipologie di apparecchiature a risonanza magnetica settoriali non soggette ad autorizzazione.") e sulle norme di buona tecnica e raccomandazioni applicabili, nonché sulla gestione delle situazioni di emergenza secondo quanto riportato nel Regolamento di Sicurezza, è necessario organizzare degli incontri formativi ad hoc per tutto il personale che accede al sito di RM.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
9	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La radioprotezione del paziente	Carosi Claudia	27	Rispetto alla precedente legislazione italiana riguardante la radioprotezione del paziente, il recente decreto legislativo 101/2020 introduce una serie di novità in tema di giustificazione e ottimizzazione degli esami radiologici, di livelli diagnostici di riferimento, di responsabilità, di comunicazione della dose al paziente e di obblighi formativi per il medico specialista, il medico che svolge attività di radioprotezione e il tecnico di radioprotezione.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						
10	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Movimentazione manuale dei carichi -come movimentare in sicurezza	Verrone Cristina	27	La movimentazione manuale degli assistiti, ed in generale la movimentazione dei carichi inanimati, è un'attività ricorrente nelle pratiche sanitarie, ed è tra le attività identificate come più a rischio di infortunio a carico dell'apparato muscolo scheletrico.	FSC ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline						

11	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione specifica per lavoratori - Rischio biologico	Carosi Claudia	27	L'attività formativa si prefigge lo scopo di far acquisire ai lavoratori la capacità di riconoscere i rischi biologici durante lo svolgimento delle proprie funzioni, di segnalarli e di adottare tutte le misure idonee a prevenirli e ad azzerrare l'esposizione.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
12	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Teorie e tecniche di gestione dello stress	Mottica Michela/Carosi Claudia	27	Il fenomeno dello stress lavoro correvalto rappresenta un rischio emergente per le organizzazioni, che devono attuare delle misure preventive e di gestione dello stesso nei casi concreti	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
13	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Addestramento teorico-pratico sul corretto utilizzo dei DPI di 3a categoria impiegati in Istituto	Carosi Claudia	27	L'articolo 77 del D. Lgs 81/2008 impone l'obbligo di formazione ed addestramento pratico sul corretto utilizzo dei DPI di 3a categoria, per tutti i lavoratori che ne debbano fare uso. In questo scenario di emergenza sanitaria, vi è la consapevolezza che tra i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 vi sono in primis gli operatori sanitari.	FSC ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
14	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Prevenzione incendi e gestione delle emergenze	Carosi Claudia	27	Far acquisire al lavoratore la capacità di prevenire e riconoscere i rischi legati all'emergenza incendio al fine di fornire supporto al personale incaricato delle attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, così come previsto dal D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES no ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
15	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di formazione per addetti antincendio in attività di livello 3	Carosi Claudia	27	Far acquisire alle persone designate in caso di pericolo grave ed immediato la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di emergenza, così come previsto da art.37, c. 9 del D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
16	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di formazione per addetti antincendio in attività di livello 3-AGGIORNAMENTO	Carosi Claudia	27	Far acquisire alle persone designate in caso di pericolo grave ed immediato la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di emergenza, così come previsto da art.37, c. 9 del D.Lgs.81/08 e D.M. 10/3/1998.	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
17	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di formazione per addetti antincendio- AGGIORNAMENTO	Carosi Claudia	27		FAD	Tutte le professioni/tutte le discipline					
18	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Corso di aggiornamento per addetti al primo soccorso	Carosi Claudia	27	L'addestramento è una pratica formativa di comprovata efficacia per stimolare l'apprendimento di buone pratiche e stimolare la discussione su criticità oggettive ricorrenti nel quotidiano lavorativo e, ricercare, con l'aiuto dell'esperto possibili strategie di miglioramento.	RES no ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
19	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione addetti al Primo Soccorso	Savron Fabio/ Carosi Claudia	27	Gli addetti alle misure di primo soccorso, designati dai datori di lavoro ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 81/2008, devono ricevere, come previsto nell'art. 37 comma 9, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico. La durata e i contenuti rispettano quanto indicato nell'Allegato 3 del DM 388/2003. Ha lo scopo di far acquisire al lavoratore la capacità di intervento pratico sufficiente ed adeguato in materia di primo soccorso. Periodicità aggiornamento: ogni 3 anni (DM 388/03 Art. 3).	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
20	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Pillole di relax	Mottica Michela/Carosi Claudia	27	Il corso è finalizzato a potenziare le strategie di fronteggiamento dello stress degli operatori sanitari spesso esposti significativamente a sollecitazioni emotive derivanti dal contesto e contenuti del lavoro. Grazie alla disponibilità di un setting di condivisione e alla fruizione diretta di semplici tecniche di rilassamento, l'operatore avrà l'occasione di riconoscere il proprio livello di tensione emotiva, di regolare e gestire lo stress e ristabilire l'equilibrio psicofisico	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					
21	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	La gestione dei comportamenti aggressivi nei luoghi di lavoro	Mottica Michela/Carosi Claudia	27	Nel corso dell'attività lavorativa, gli operatori sanitari possono trovarsi nella condizione di subire atti di aggressione e di violenza. Il corso si propone di diffondere alcune modalità di tipo comportamentale e relazionale utili alla prevenzione e alla gestione dei comportamenti aggressivi in ambito lavorativo	RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					

22	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	L'utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza	Carosi Claudia	27	Definire ed uniformare i comportamenti degli operatori garantisce la manipolazione in sicurezza dell' azoto liquido al fine di ridurre al minimo i rischi principali e collaterali derivanti dall'utilizzo.	FAD	Tutte le professioni/tutte le discipline					
23	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Formazione specifica rischio chimico	Carosi Claudia	27		RES ECM	Tutte le professioni/tutte le discipline					

Codice accreditamento	n. PFR tot	TITOLO	FINALITÀ	T	DESTINATARI	NOTE	RIFERIMENTO A LINEE DI GESTIONE SSR	RSC	PARTECIPANTI	EDIZIONI	DURATA IN ORE	
1		Pediatric Advanced Life Support (PALS) - 12 ore	Far acquisire capacità di gestione in equipe della rianimazione avanzata nel bambino critico fino alla sua stabilizzazione secondo le linee guida predisposte dall'American Heart Association e dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP).	RES	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatría,Cardiologia,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Continuità assistenziale,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Gastroenterologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Malattie metaboliche e diabetologia,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina trasfusionale,Microbiologia e virologia,Nefrologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoatria,Pediatria,Psichiatria,Psicoterapia,Radiodiagnistica,Reumatologia,Urologia,Privo di specializzazione	12 ore; 6 edizioni;12-18 partecipanti ad edizione		Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milva		18	6	12
2		Pediatric Advanced Life Support (PALS) - Retraining	Far acquisire capacità di gestione in equipe della rianimazione avanzata nel bambino critico fino alla sua stabilizzazione secondo le linee guida predisposte dall'American Heart Association e dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP) - mantenimento delle competenze	RES	Infermiere,Infermiere pediatrico,Medico chirurgo, Allergologia ed immunologia clinica,Anestesia e rianimazione,Audiologia e foniatría,Cardiologia,Chirurgia generale,Chirurgia maxillo-facciale,Chirurgia pediatrica,Continuità assistenziale,Direzione medica di presidio ospedaliero,Ematologia,Endocrinologia,Gastroenterologia,Genetica medica,Ginecologia e ostetricia,Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,Laboratorio di genetica medica,Malattie metaboliche e diabetologia,Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza,Medicina trasfusionale,Microbiologia e virologia,Nefrologia,Neonatologia,Neurologia,Neuropsichiatria infantile,Oftalmologia,Oncologia,Ortopedia e traumatologia,Otorinolaringoatria,Pediatria,Psichiatria,Psicoterapia,Radiodiagnistica,Reumatologia,Urologia,Privo di specializzazione	6,5 ore; 2 edizioni; 12-18 partecipanti ad edizione		Norbedo Stefania/Bregant Gaia Milva		18	2	6,5
3		Tessere la prevenzione delle infezioni: fili multidisciplinari per una rete che protegge	sensibilizzare e formare sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, sia in ambito pediatrico che dell'adulto e far comprendere la necessità di un approccio di rete al problema. La collaborazione e l'apertura interdisciplinare e interprofessionale dimostra, bibliograficamente e sul campo, il raggiungimento di risultati positivi ed in tempi relativamente ridotti.	RES	tutte le professioni	durata:4 ore;edizione:1;partecipanti: 130 part (aula esterna)_coffee break_light lunch		Scolz Sabrina		130	1	4
4		Simulazione avanzata per la gestione delle emergenze ostetriche – Modulo 1	Consolidare le competenze tecniche e il loro utilizzo in tutti gli scenari possibili dell'emergenza, consentendo di sviluppare in modo esperienziale le conoscenze, le abilità tecniche e relazionali necessarie per raggiungere e mantenere adeguati standard sia di performance individuali e di team sia organizzativi nelle situazioni critiche del parto come in tutte le urgenze/emergenze	RES ECM	Ginecologia e Ostetricia, Ostetrica/o	durata:4 ore;edizione:1;partecipanti:12 part		Gianpaolo Maso, Lorenza Driul		12	1	4
5		La protezione dei dati personali in sanità	Gli obiettivi di apprendimento sono finalizzati all'acquisizione di competenze specifiche riguardo i concetti fondamentali della privacy e della protezione del dato in sanità con un taglio pratico	FAD	tutte le professioni			Paola Doria				
6		Razionale Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE 2.0 - Corso per Medici Specialisti Ospedalieri	Gli obiettivi di apprendimento sono finalizzati all'acquisizione di competenze specifiche riguardo potenzialità e vantaggi derivanti dall'utilizzo e implementazione del FSE da parte dei Medici Specialisti Ospedalieri	FAD	Dirigenti Medici			Nelso Trua				
7		La stabilizzazione del neonato STEN in Friuli Venezia Giulia	Il trasporto in emergenza neonatale (Sten) prevede la gestione del neonato prima del trasporto (sicurezza, comfort, parametri) al centro Hub e viene pianificato in base all'organizzazione della rete ospedaliera regionale privilegiando i centri di assistenza perinatale in base al modello "Hub & Spoke". Tale modello prevede che l'assistenza di maggiore complessità si concentrerà nei centri di eccellenza hub operando in collegamento bidirezionale con i presidi ospedalieri spoke e che sia approntato un adeguato sistema di trasporto del neonato e/o della madre in caso di situazioni di rischio o di emergenza. L'evento formativo si propone di: uniformare le modalità e i percorsi inerenti il trasporto in emergenza sia per aspetti clinico assistenziali, sia logistico organizzativi; approfondire le criticità cliniche e organizzative durante il trasporto materno infantile	RES	Medico chirurgo in ginecologia, Anestesia e rianimazione, Ginecologia e ostetricia,Neonatologia, Pediatria, privo di specilizzazione, Infermieri,Infermieri pediatrico, Ostetrica, OSS	durata:8 ore; n. edizioni:4; partecipanti:12 per edizione		Trappan Antonella, Bua Jenny		12	4	8
8		Corso base di rianimazione neonatale per esecutori (Società Italiana di Neonatologia)	Consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre termine	RES	Tutto il personale che lavora nelle sale parto dei Punti Nascita della Regione	durata:9 ore; n.edizioni: 4; partecipanti:18 per edizione		Bua Jenny		18	4	9
9		Corso di rianimazione neonatale per esecutori (Società Italiana di Neonatologia) 2 giornate	Consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre termine	RES	Tutto il personale che lavora nelle sale parto dei Punti Nascita della Regione	durata:15 ore; n.edizioni: 2; partecipanti:18 per edizione		Bua Jenny		18	2	15

10			Retraining di rianimazione neonatale con istruttori SIN	Aggiornare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre termine che hanno partecipato al corso base di rianimazione neonatale	RES	Tutto il personale che lavora nelle sale parto dei Punti Nascita della Regione	durata:4,5 ore; n.edizioni: 2; partecipanti:18 per edizione		Bua Jenny	18	2	4,5
11			Protezione dell'allattamento	Il Piano Regionale della Prevenzione del FVG (programma XV) prevede come prioritaria la formazione degli operatori dedicati, coloro che operano con mamme e bambini nei diversi contesti assistenziali, secondo UNICEF, al fine di aiutare le neo mamme ad affrontare con serenità un momento così importante della loro vita quale crescere e nutrire al meglio il loro bambino.	RES	Tutte le professioni	durata:29 ore; n.edizioni: 2 Udine, 2 Trieste, 2 Pordenone; partecipanti:18 per edizione		Travan Laura	18	6	29
12			Nurturing care (le cure che nutrono): la promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita	I più recenti risultati della ricerca nei campi delle neuroscienze, della psicologia dello sviluppo e dell'economia dimostrano quanto e come gli interventi coordinati in salute, educazione precoce e protezione sociale, producano ricadute positive lungo tutto l'arco della vita dei bambini e delle bambine. Tali evidenze hanno cambiato anche il modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (Early Child Development, ECD), e sottolineano i danni provocati dalla difficoltà di valorizzare appieno il grande potenziale di sviluppo nelle prime epoche della vita. Il progetto formativo si prefigge lo scopo di promuovere il Nurturing Care for Early Child Development (NCF), un modello per l'azione basato su prove d'efficacia per proteggere, promuovere e sostenere il migliore sviluppo possibile per tutte le bambine e i bambini nei primi 1000 giorni.	RES	Tutte le professioni	durata:7 ore; n.edizioni: 3; partecipanti:30 per edizione		Milinco Mariarosa	30	3	7
13			Il Triage pediatrico	Garantire le competenze necessarie all'utilizzo del nuovo Triage pediatrico	RES	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici dei pronto soccorso generali e pediatrici	durata:7 ore; n.edizioni: 3; partecipanti:20 per edizione		Schreiber Silvana	20	3	
14			Il Triage pediatrico - L'utilizzo dei protocolli	Garantire le competenze necessarie all'utilizzo del nuovo Triage pediatrico	FSC	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici dei pronto soccorso generali e pediatrici	durata:8 ore; n.edizioni: 1; partecipanti: 30 per edizione		Schreiber Silvana	30	1	8
15			Formare i formatori per il triage pediatrico	Formare nuovi tutor per il triage pediatrico	FSC	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici dei pronto soccorso generali e pediatrici	durata:6 ore; n.edizioni: 1; partecipanti:20 per edizione		Schreiber Silvana	20	1	6
16			Corso NEPC	condivisione nel percorsi di cura e bioetica nelle pratiche cliniche	RES	Tutte le professioni	durata:2-4 ore; n.edizioni: 1; partecipanti:50-100 per edizione		Travan Laura, Nigris Fabiano	50-100	12 ore	
17			Sostenere lo sviluppo del bambino e della bambina nei primi 1000 giorni di vita: un'alleanza con le famiglie	L'attività della pediatria di famiglia, in Friuli Venezia Giulia, è attualmente caratterizzata da una buona omogeneità e coerenza sulla gestione delle patologie, sull'utilizzo di farmaci e sui percorsi di diagnosi e cura, e sono questi gli argomenti che sono più frequentemente oggetto di aggiornamento. A fronte di importanti scoperte delle neuroscienze e delle ricerche della pediatria e della psicologia dello sviluppo, in particolare rispetto all'interazione del bambino con l'ambiente e alla centralità del ruolo delle famiglie, risulta necessario ampliare la riflessione su questi temi tra pediatri e pediatre ed approfondire la formazione specifica degli specializzandi e delle specializzande, soprattutto per chi sceglierà di svolgere la propria attività negli ambulatori di pediatria di famiglia.	RES	Medico chirurgo privo di specializzazione	durata:29 ore; n.edizioni: 1; partecipanti:18 per edizione		Barbi Egidio	18	1	29
18			Salute Mentale Perinatale	La salute mentale perinatale rappresenta oggi un ambito prioritario per garantire il benessere della donna, del/la neonato/a e dell'intero nucleo familiare. Il corso intende offrire un aggiornamento scientifico e professionale sulle evidenze più recenti, grazie al contributo di esperti esterni e professionisti dell'IRCCS ospedale-materno infantile, per offrire una panoramica multidisciplinare e multiprofessionale sugli interventi a supporto del percorso nascita. Un'attenzione particolare sarà dedicata ai modelli di presa in carico integrata per le donne con rischio psicosociale e sanitario. L'incontro vuole valorizzare il lavoro di continuità assistenziale e la collaborazione ospedale-territorio come elementi chiave di prevenzione e cura.	RES	Tutte le professioni	ancora in fase di progettazione; codice obiettivo 4.2.g		Zanello Elisa			



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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PIAO 2026 - 2028

Allegato 7

Piano triennale dei fabbisogni del personale

(*) indicare solo le variazioni relative alla disabilità per organici contratto sanità, non già previsti nel PTFP ma necessari per adeguamento standard DGR 1690/2002

(**) indicare solo le variazioni relative alla classifica per i quattro contratti salvo non già prevista nel PTT ma necessaria per i

(**) compreso assistente studio odontoiatrico

PTFP 2027				PROPOSTA PTFP 2027										ex gestioni delegate per la disabilità, con contratto sanità imputati al BA2080 del bilancio sociale				
CONTRATTO	RUOLO	AREA	PROFILO	COMPARTO				TESTE				TESTE FTE				A	B	C
				TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	Stima costi a regime raposta PTFP 2027(**) SANITA'	Stima costi a regime proposta PTFP 2027(**) DISABILITA' SANITA'	Stima costi a regime proposta PTFP 2027(**) DISABILITA' SOCIALE
COMPARTO SANTUARIO	Prof sal. e funz. Profess. e qualifiche	Operatori	Infermiere generico													-		
			Puerictrice													-		
		Assistenti	Infermiere Generico Senior													-		
			Infermiere Psichiatrico Senior													-		
		Assist.Sanitario	Infermiere Senior													-		
			Assist.Sanitario	2					2	2,0					2,0	73.523,87		
		Dietista	Dietista	2					2	1,0					1,0	36.761,93		
			Educatore Professionale													-		
		Fisioterapista	Fisioterapista	8					8	7,8					7,8	287.845,94		
			Igienista Dentale	1					1	1,0					1,0	36.761,93		
		Infermiere	Infermiere	192	3				195	188,1	3,0				191,1	7.126.024,24		
			Infermiere pediatrico	60					60	58,7					58,7	2.188.063,00		
		Logopeda	Logopeda	4					4	4,0					4,0	147.047,74		
			Massagista Non Vedente													-		
		Odontotecnico	Odontotecnico													-		
			Ortotista	3					3	3,0					3,0	110.285,80		
		Ostetrica	Ostetrica	66	6				72	63,7	6,0				69,7	2.560.468,69		
			Ottico													-		
		Podologo	Podologo													-		
			Tecn.Audiometrista	4					4	4,0					4,0	147.047,74		
		Tecn.Audioprotesta	Tecn.Audioprotesta	1					1	1,0					1,0	36.761,93		
			Tecn.Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusione Cardio.													-		
		Tecn.Neurofisiopatologia	Tecn.Neurofisiopatologia	5					5	4,5					4,5	166.449,87		
			Tecn.Ortopedico													-		
		Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	3					3	3,0					3,0	110.285,80		
			Tecn.Riabilitazione psichiatrica													-		
		Tecn.San.Laboratorio Biomedico	Tecn.San.Laboratorio Biomedico	22	1				23	21,0	1,0				22,0	808.762,54		
			Tecn.San.Radiologia Medica	10	1				11	9,0	1,0				10,0	367.619,34		
		Terap.Neuro e Psicomotrica' dell'Eta' Evolutiva	Terap.Neuro e Psicomotrica' dell'Eta' Evolutiva													-		
			Terapista occupazionale													-		
		Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro senior	Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro senior													-		
			Tecn.Audiometrista senior													-		
		Tecn.San.Laboratorio Biomedico senior	Tecn.San.Laboratorio Biomedico senior													-		
			Tecn.San.Radiologia Medica senior													-		
		Assist.Sanitario senior	Assist.Sanitario senior													-		
			Tecn.Neurofisiopatologia senior													-		
		Ostetrica senior	Ostetrica senior	1					1	1,0					1,0	36.761,93		
			Fisioterapista senior													-		
		Infermiere Senior	Infermiere Senior	1					1	1,0					1,0	37.281,70		
			Assist.Sanitario E.Q.													-		
		Dietista E.Q.	Dietista E.Q.													-		
			Educatore Professionale E.Q.													-		
		Fisioterapista E.Q.	Fisioterapista E.Q.													-		
			Igienista Dentale E.Q.													-		
		Infermiere E.Q.	Infermiere E.Q.													-		
			Infermiere pediatrico E.Q.													-		
		Loppedista E.Q.	Loppedista E.Q.													-		
			Massagista Non Vedente E.Q.													-		
		Odontotecnico E.Q.	Odontotecnico E.Q.													-		
			Ortotista E.Q.													-		
		Ostetrica E.Q.	Ostetrica E.Q.													-		
			Ottico E.Q.													-		
		Podologo E.Q.	Podologo E.Q.													-		
			Tecn.Audiometrista E.Q.													-		
		Tecn.Audio protesi E.Q.	Tecn.Audio protesi E.Q.													-		
			Tecn.Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusione Cardiov. E.Q.													-		
		Tecn.Neurofisiopatologia E.Q.	Tecn.Neurofisiopatologia E.Q.													-		
			Tecn.Ortopedico E.Q.													-		
		Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro E.Q.	Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro E.Q.													-		
			Tecn.Riabilitazione psichiatrica E.Q.													-		
		Tecn.San.Laboratorio Biomedico E.Q.	Tecn.San.Laboratorio Biomedico E.Q.													-		
			Tecn.San.Radiologia Medica E.Q.													-		
		Terap.Neuro e Psicomotrica' dell'Eta' Evolutiva E.Q.	Terap.Neuro e Psicomotrica' dell'Eta' Evolutiva E.Q.													-		
			Terapista occupazionale E.Q.													-		
RUOLO SANITARIO Totale	SOCIO SANIT.	Operatori	Operatore Socio Sanitario	95					95	93,4					93,4	2.954.730,47		
			Assistente sociale	1					1	1,0					1,0	36.761,93		
		E.Q.	Assistente sociale E.Q.													-		
			Assistente sociale E.Q.													-		
	AMM.VO	Pers. Supporto	Commissario													-		
			Coadiutore Amministrativo	17					17	16,4					16,4	481.300,70		
		Operatori	Coadiutore Amministrativo Senior	1					1	1,0					1,0	31.057,02		
			Assistenti	46	1				47	43,8	1,0				44,8	1.484.954,43		
		Prof. sal. funz.	Collaboratore Amministrativo professionale	25	1				26	23,8	1,0				24,8	896.060,77		
			Collaboratore Amministrativo professionale Senior	1					1	0,8					0,8	30.073,19		
		TECNICO	E.Q.	Collaboratore Amministrativo professionale E.Q.												-		
			Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	6					6	6,0					6,0	176.193,06		
			Aus.Spec.Serv.Tec.Economali	2					2	2,0					2,0	58.731,02		
			Operatore Tecnico	10					10	9,8					9,8	287.781,99		
			Operatore Tecnico Addetto assistenza													-		
			Operatore Tecnico Specializzato (**)	4					4	4,0					4,0	124.228,07		
PROF.LE	Assistenti	Assistente Informatico	3						3	3,0					3,0	99.364,98		
			Assistente Tecnico	3					3	2,0					2,0	66.243,32		
			Operatore Tecnico Specializzato Senior													-		
	Prof. sal. funz.	Collaboratore Tecnico Professionale	6	2					8	6,0	1,0				7,0	252.614,80		</

PTFP 2027			PROPOSTA PTFP 2027												ex gestioni delegate per la disabilità, con contratto sanità imputati al BA2080 del bilancio sociale			
CONTRATTO	RUOLO	AREA	COMPARTO			TESTE				TESTE FTE				A	B	C		
			TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	Stima costi a regime proposta PTFP 2027(**) SANITA'	Stima costi a regime proposta PTFP 2027(**) DISABILITA' SANITA'	Stima costi a regime proposta PTFP 2027(**) DISABILITA' SOCIALE	
DIRIGENZA PTA	SOCIO SANITARIO	Sociologo	1					1	1,0					1,0	67.102,61	-	-	
	RUOLO SOCIO SANITARIO	Totale	1					1	1,0					1,0	67.102,61	-	-	
	TECNICO	Analista		1				1		1,0				1,0	67.102,61	-	-	
	RUOLO TECNICO	Totale	3					3	2,0					2,0	178.322,66	-	-	
	PROFESSIONALE	Statistico																
	RUOLO PROFESSIONALE	Totale	3					4	2,0	1,0				3,0	245.425,27	-	-	
		Architetto																
		Avvocato E Procuratore Legale																
		Ingegnere		3				3	3,0					3,0	201.307,84	-	-	
		RUOLO PROFESSIONALE	Totale	3				3	3,0					3,0	201.307,84	-	-	
		TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA PTA	16	3				19	12,0	3,0				15,0	1.141.934,00	-	-	
DIR. AREA SANITA'	SOCIO SANITARIO	Medico	141	17	10	168	135,0	15,9	5,0	155,9					12.165.839,70	-	-	
		Odontoiatria	5		1	6	5,0		0,5	5,5					390.273,01	-	-	
	SANITARIO	Veterinario													-			
		Biologo	10		3	13	10,0		1,5	11,5					796.983,78	-	-	
		Chimico	1			1	1,0			1,0					90.469,30	-	-	
		Dirigente delle Professioni Sanitarie	4			4	4,0			4,0					268.410,46	-	-	
		Farmacista	5		1	6	5,0		0,5	5,5					413.197,62	-	-	
		Fisico													-			
		Psicologo	5			5	5,0			5,0					402.327,59	-	-	
	RUOLO SANITARIO	Totale	171	17	15	203	165,0	15,9	7,5	188,4					14.527.501,46	-	-	
	SOCIO SANITARIO	Dir.prof. Assistente sociale																
	RUOLO SOCIO SANITARIO	Totale																
	TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA AREA SANITA'		171	17	15	203	165,0	15,9	7,5	188,4					14.527.501,46	-	-	
RICERCA	D	Collaboratore profile - ricerca sanitaria	12	11		23	12,0	10,5		22,5					976.131,25	-	-	
	Ds	Ricercatore sanitario	23	26		49	23,0	26,0		49,0					2.263.218,77	-	-	
	TOTALE CONTRATTO RICERCA SANITARIA		35	37		72	35,0	36,5		71,5					3.239.350,00	-	-	
		TOTALE PERSONALE DIPENDENTE	828	72	15	915	799,9	69,4	7,5	876,8					40.202.723,00	-	-	
Fondi contrattuali	Comparto	Fondo art. 102 CCNL 02/11/2022													2.290.566,18	-	-	
		Fondo art. 103 CCNL 02/11/2022													1.889.100,36	-	-	
		oneri c/ente													1.533.101,69	-	-	
	Dirigenza PTA	Fondo art. 90 CCNL 17/12/2020 e art. 52 CCNL 16/7/2024													319.375,70	-	-	
		Fondo art. 91 CCNL 17/12/2020 e Art. 52 CCNL 16/7/2024													59.328,13	-	-	
		oneri c/ente													138.908,56	-	-	
	Dirigenza area sanità	Fondo art. 72 CCNL 23/01/2024													3.016.986,18	-	-	
		Fondo art. 73 CCNL 23/01/2024													589.651,38	-	-	
		Fondo art. 74 CCNL 23/01/2024													541.157,46	-	-	
		oneri c/ente													1.521.411,21	-	-	
		TOTALE FONDI CONTRATTUALI													11.899.586,86	-	-	
		TOTALE COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE													52.102.309,90	-	-	
															52.102.309,90			
															valore utile per tetto di spesa			

(*) indicare solo le variazioni relative alla disabilità per organici contratto sanità non già previsti nel PTFP ma necessari per adeguamento standard DGR 1690/2023

(**) indicare i costi fatti gravare su BA2080 + YA0020 al netto degli oneri su prestazioni aggiuntive al lordo dei ribaltamenti

(***) compreso assistente studio odontoiatrico

PTFP 2028			PROPOSTA PTFP 2028																
CONTRATTO	RUOLO	AREA	COMPARTO			TESTE				TESTE FTE				A	B	C			
			PROFILO			TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	Stima costi a regime posta PTFP 2028(**) SANITA'	Stima costi a regime posta PTFP 2028(**) DISABILITA' SANITA'
SANTUARIO	Prof.ssa e funzionari	Operatori	Infermiere generico														-		
			Puericultrice														-		
		Assistenti	Infermiere Generico Senior														-		
			Infermiere Psichiatrico Senior														-		
			Puericultrice Senior														-		
		Assist.Sanitario				2					2	2,0					2,0	73.523,87	
			Dietista			2					2	1,0					1,0	36.761,93	
		Educatore Professionale															-		
			Fisioterapista			8					8	7,8					7,8	287.845,94	
			Igienista Dentale			1					1	1,0					1,0	36.761,93	
			Infermiere			192	3				195	188,1	3,0				191,1	7.126.024,24	
			Infermiere pediatrico			60					60	58,7					58,7	2.188.063,00	
			Logopeda			4					4	4,0					4,0	147.047,74	
			Massaggiatore Non Vedente														-		
			Odontotecnico														-		
			Ortottista			3					3	3,0					3,0	110.285,80	
			Ostetrica			66	6				72	63,7	6,0				69,7	2.560.468,69	
			Ottico														-		
			Podologo														-		
			Tecn Audiometrista			4					4	4,0					4,0	147.047,74	
			Tecn Audioprotesista			1					1	1,0					1,0	36.761,93	
			Tecn Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusione Cardiov.														-		
			Tecn Neurofisiopatologia			5					5	4,5					4,5	166.449,87	
			Tecn Ortopedico														-		
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro			3					3	3,0					3,0	110.285,80	
			Tecn.Riabilitazione psichiatrica														-		
			Tecn.San.Laboratorio Biomedico			22	1				23	21,0	1,0				22,0	808.762,54	
			Tecn.San.Radiologia Medica			10	1				11	9,0	1,0				10,0	367.619,34	
			Terap.Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva														-		
			Terapista occupazionale														-		
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro senior														-		
			Tecn.Audiometrista senior														-		
			Tecn.San.Laboratorio Biomedico senior														-		
			Tecn.San.Radiologia Medica senior														-		
			Assist.Sanitario senior														-		
			Tecn.Neurofisiopatologia senior														-		
			Ostetrica senior			1					1	1,0					1,0	36.761,93	
			Fisioterapista senior														-		
			Infermiere Senior			1					1	1,0					1,0	37.281,70	
	Elevata qualificazione		Assist.Sanitario E.Q.														-		
			Dietista E.Q.														-		
			Educatore Professionale E.Q.														-		
			Fisioterapista E.Q.														-		
			Igienista Dentale E.Q.														-		
			Infermiere E.Q.														-		
			Infermiere pediatrico E.Q.														-		
			Logopeda E.Q.														-		
			Tecn Audiometrista E.Q.														-		
			Tecn Audioprotesista E.Q.														-		
			Tecn.Fisiopatologia Cardiocirc. e Perfusione Cardiov. E.Q.														-		
			Tecn.Neurofisiopatologia E.Q.														-		
			Tecn.Ortopedico E.Q.														-		
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro E.Q.														-		
			Tecn.Riabilitazione psichiatrica E.Q.														-		
			Tecn.San.Laboratorio Biomedico E.Q.														-		
			Tecn.San.Radiologia Medica E.Q.														-		
			Terap.Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva E.Q.														-		
			Terapista occupazionale E.Q.														-		
SOCIO SANITARIO	RUOLO SANITARIO Totale			385	11						396	373,8	11,0				384,8	14.277.754,00	
	Operatori			95							95	93,4					93,4	2.954.730,47	
	Prof. sal. funz.			1							1	1,0					1,0	36.761,93	
	E.Q.																-		
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			96							96	94,4					94,4	2.991.492,40	
AMM.VO	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			90	2						92	85,9	2,0				87,9	2.923.446,11	
	Pers. Supporto			17							17	16,4					16,4	481.300,70	
	Operatori			1							1	1,0					1,0	31.057,02	
	Assistenti			46	1						47	43,8	1,0				44,8	1.484.954,43	
	Prof. sal. funz.			25	1						26	23,8	1,0				24,8	896.060,77	
TECNICO	E.Q.			1							1	0,8					0,8	30.073,19	
	RUOLO TECNICO Totale			35	2						37	33,8	1,0				34,8	1.101.245,06	
	Assistenti																-		
	Prof. sal. funz.																-		
	E.Q.																-		
PROFILE	RUOLO PROFESSIONALE Totale			606	15						621	587,9	14,0				601,9	21.293.937,57	
	AMM.VO			9	2						11	6,0	2,0				8,0	628.098,27	
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			9	2						11	6,0	2,0				8,0	628.098,27	
	SOCIO SANITARIO			1							1	1,0					1,0	67.102,61	
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			1							1	1,0					1,0	67.102,61	
PTPA	TECNICO																		
	Analista																		

ex gestioni delegate per la disabilità, contratto sanità imputati al BA2080 del bilancio sociale

PTFP 2028			PROPOSTA PTFP 2028																	
			COMPARTO						TESTE						TESTE FTE			A	B	C
CONTRATTO	RUOLO	AREA	PROFILO			TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	TI	TD	UNIV.	DIS TI	DIS TD	TOT.	Stima costi a regime proposta PTFP 2028(**)	Stima costi a regime proposta PTFP 2028(**) DISABILITA' SANITA'	Stima costi a regime proposta PTFP 2028(**) DISABILITA' SOCIALE
DIREZIONE	TECNICO	Statistico				3					3	2,0					2,0	178.322,66		
	RUOLO TECNICO Totale		3	1							4	2,0	1,0				3,0	245.425,27		
	PROFESSIONALE	Architetto																	-	
		Avvocato E Procuratore Legale																	-	
		Ingegnere				3					3	3,0					3,0	201.307,84		
	RUOLO PROFESSIONALE Totale		3	3							3	3,0					3,0	201.307,84		
	TOTALE CONTRATTO DIREZIONA PTA		16	3							19	12,0	3,0				15,0	1.141.934,00		
DIR. AREA SANITA'	SANITARIO	Medico	141	17	10						168	135,0	15,9	5,0			155,9	12.165.839,70		
		Odontoiatrica	5		1						6	5,0		0,5			5,5	390.273,01		
		Veterinario																		
		Biologo	10		3						13	10,0		1,5			11,5	796.983,78		
		Chimico	1								1	1,0					1,0	90.469,30		
		Dirigente delle Professioni Sanitarie	4								4	4,0					4,0	268.410,46		
		Farmacista	5		1						6	5,0		0,5			5,5	413.197,62		
		Fisico																-		
		Psicologo	5								5	5,0					5,0	402.327,59		
	RUOLO SANITARIO Totale		171	17	15						203	165,0	15,9	7,5			188,4	14.527.501,46		
	SOCIO SANITARIO	Dir.prof. Assistente sociale																	-	
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale																	-	-	
RICERCA	D	Collaboratore prof.le - ricerca sanitaria	12	11							23	12,0	10,5				22,5	976.131,25		
	Ds	Ricercatore sanitario	23	26							49	23,0	26,0				49,0	2.263.218,77		
	TOTALE CONTRATTO RICERCA SANITARIA		35	37							72	35,0	36,5				71,5	3.239.350,0		
	TOTALE PERSONALE DIPENDENTE			828	72	15					915	799,9	69,4	7,5			876,8	40.202.723,0		
Fondi contrattuali	Comparto	Fondo art. 102 CCNL 02/11/2022															2.290.566,18			
		Fondo art. 103 CCNL 02/11/2022															1.889.100,36			
		oneri c/ente															1.533.101,69			
	Dirigenza PTA	Fondo art. 90 CCNL 17/12/2020 e art. 52 CCNL 16/7/2024															319.375,70			
		Fondo art. 91 CCNL 17/12/2020 e Art. 52 CCNL 16/7/2024															59.328,13			
		oneri c/ente															138.908,56			
	Dirigenza area sanità	Fondo art. 72 CCNL 23/01/2024															3.016.986,18			
		Fondo art. 73 CCNL 23/01/2024															589.651,38			
		Fondo art. 74 CCNL 23/01/2024															541.157,46			
		oneri c/ente															1.521.411,21			
	TOTALE FONDI CONTRATTUALI																11.899.586,86			
	TOTALE COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE																52.102.309,90			
	importo (disabilità) già autorizzato come incremento del tetto di spesa																			

T.20A3 - RELAZIONE SU PROPOSTA PTFP 2026

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

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

T.20B - Vincoli assunzionali dirigenti amministrativi

Parametro consistenza numerica	
assunzioni autorizzate nel PTFP 2025	10
proposta PTFP 2026	11
vincolo rispettato	non rispettato

Qualora non sia rispettato il parametro dettagliare gli incrementi

nr. testa		Motivazioni	Obiettivi	Impatto economico
1		<p>Con prot. 12660/2025 l'attuale dirigente amministrativo con incarico di responsabile della SSD Politiche del Personale ha formalizzato richiesta di nulla osta preventivo alla mobilità presso altra Azienda per il caso di esito positivo della procedura. In caso di effettivo trasferimento del dirigente attualmente responsabile della citata SSD, la mera copertura del turn over non potrà garantire le necessità dell'Istituto. Ciò in ragione non solo delle incrementate necessità della struttura del Personale che deriveranno dalla cessazione della convenzione c.d. GEVAP con ASUGI, ma altresì al fine di poter valutare un'eventuale riorganizzazione delle funzioni e dei conseguenti incarichi dirigenziali in esito alla procedura selettiva già avviata, tenuto conto dell'esperienza professionale del vincitore della stessa e considerato che risulta vacante anche altro incarico di Responsabile SSD a seguito del già attivato comando presso ARCS di altro dirigente amministrativo dell'Istituto. L'assunzione a tempo determinato di un ulteriore dirigente amministrativo per la durata di un solo anno consentirebbe, dunque, di presidiare le funzioni dell'Istituto nelle more di eventuali atti di riorganizzazione e/o di assegnazione degli incarichi.</p>	<p>Presidiare tutte le funzioni dell'Istituto nelle more della valutazione di eventuali atti di riorganizzazione e/o di assegnazione incarichi in ragione dell'assenza per comando di un dirigente amministrativo con incarico di SSD e del possibile trasferimento per mobilità di altro Dirigente con pari incarico.</p>	67.102,61 €

T.20C - MODIFICHE ORGANIZZATIVE

a) Ricadute **trasferimento di servizi/attività/funzioni** tra Aziende avviate nel corso del 2025 e/o previsti nel 2026

Trasferimento out avviato 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	variazioni applicate a PTFP 2025	trascinamento minori costi 2026				Azienda cointeressata
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto				-					- €
		dirigenza PTA				-					- €
		dirigenza sanitaria				-					- €
						-	- €	- €	- €	- €	- €
						-	-	-	-	-	-

Trasferimento out previsto 2026

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	variazioni applicate a PTFP 2026	minori costi 2026				Azienda cointeressata
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto				-					- €
		dirigenza PTA				-					- €
		dirigenza sanitaria				-					- €
						-	- €	- €	- €	- €	- €
						-	-	-	-	-	-

Trasferimento in avviato 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	variazioni applicate a PTFP 2025	trascinamento maggiori costi 2026				Azienda cointeressata
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto				-					- €
		dirigenza PTA				-					- €
		dirigenza sanitaria				-					- €
						-	- €	- €	- €	- €	- €
						-	-	-	-	-	-

Trasferimento in previsto 2026

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	variazioni applicate a PTFP 2026	maggiori costi 2026				Azienda cointeressata
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
Acquisizione e formazione del personale in vista della scadenza della convenzione GEVAP (funzioni giuridiche, stipendiali, contributive e previsionali) prevista in data 31/12/2026	01/09/2026	comparto	collaboratore amministrativo		3	no	81.238,98		29.798,46 €	81.238,98 €	
		assistente amministrativo			4	no	99.733,27		36.582,16 €	99.733,27 €	ASUGI
		dirigenza PTA				-					- €
						-					- €
		dirigenza sanitaria				-					- €
						-	- €	- €	- €	- €	- €
						-	180.972,25	-	66.380,62	180.972,25	

b) Ricadute **esternalizzazione** servizi avviate nel corso del 2025 e/o programmate nel 2026

Esternalizzazioni avviate nel 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	posti congelati a PTFP 2025 (*)	minori costi 2026				Allegato verbale collegio sindacale
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto				-					- €
		dirigenza PTA				-					- €
		dirigenza sanitaria				-					- €
						-	- €	- €	- €	- €	- €
						-	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	

Esternalizzazioni programmate nel 2026

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	posti congelati a PTFP 2026 (*)	minori costi 2026				Allegato verbale collegio sindacale
							a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto				-					- € -
		dirigenza PTA				-					- € -
		dirigenza sanitaria				-					- € -
						-	- €	- €	- €		- € -
							0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €

(*) il congelamento è evidenziato nell'organico FTE

c) Ricadute reinternalizzazione servizi intervenute nel corso del 2025 e/o programmate nel 2026

reinternalizzazioni avviate nel 2025

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	maggiori costi 2026				Riduzione spesa servizi sanitari esternalizzati
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto								- € -
		dirigenza PTA								- € -
		dirigenza sanitaria								- € -
						- €	- €	- €	- €	- €
						-	-	-	-	-

reinternalizzazioni programmate nel 2026

Descrizione attività	decorrenza	area contrattuale	profilo	disciplina	teste	maggiori costi 2026				Riduzione spesa servizi sanitari esternalizzati
						a bilancio	a fondi CCNL	oneri riflessi	Totale	
		comparto								- € -
		dirigenza PTA								- € -
		dirigenza sanitaria								- € -
						- €	- €	- €	- €	- €
						-	-	-	-	-

T.20D - CONTRATTI FLESSIBILI

	A REGIME CONTRATTI FLESSIBILI	ANNO 2026		ANNO 2027		ANNO 2028	
		TESTE	COSTO COMPLESSIVO	TESTE	COSTO COMPLESSIVO	TESTE	COSTO COMPLESSIVO
BA1400	co.co.co.						
	l.p.						
	altro (specificare...)						
	Totale BA1400	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €
BA1410	co.co.co.						
	l.p.	7	124.756,00 €	7	124.756,00 €	7	124.756,00 €
	altro (specificare...)						
	Totale BA1410	7	124.756,00 €	7	124.756,00 €	7	124.756,00 €
BA1800	co.co.co.						
	l.p.						
	altro (specificare...)						
	Totale BA1800	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €
YA0030	Totale al netto IRAP		124.756,00 €				
	IRAP su voci precedenti		84.548,42 €			84.548,42 €	
	Totale costo rapporti flessibili		209.304,42 €			209.304,42 €	
							209.304,42 €

	TEMPORIZZATO CONTRATTI FLESSIBILI	ANNO 2026	
		TESTE	COSTO COMPLESSIVO
BA1400	co.co.co.		
	l.p.		
	altro (specificare...)		
	Totale BA1400	0	0,00 €
BA1410	co.co.co.		
	l.p.	7	124.756,00 €
	altro (specificare...)		
	Totale BA1410	7	124.756,00 €
BA1800	co.co.co.		
	l.p.		
	altro (specificare...)		
	Totale BA1800	0	0,00 €
YA0030	Totale al netto IRAP		124.756,00 €
	IRAP su voci precedenti		97.808,42 €
	Totale costo rapporti flessibili		222.564,42 €

T.20E - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

DIRIGENZA SANITARIA	Proiezione al 31.12.2026								
	Tariffa ordinaria			Tariffa maggiorata			totale		
Prestazioni aggiuntive (BA1390)	ore	valore /h (1)	tot.	ore	valore /h (2)	tot.	ore	costi	note
contenimento/abbattimento liste d'attesa		80,00 €	0,00 €		100,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
contenimento/abbattimento liste d'attesa (fondi residui 2025)		80,00 €	0,00 €		100,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
per servizi emergenza/urgenza		80,00 €	0,00 €		100,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
riduzione ricorso esternalizzazioni		80,00 €	0,00 €		100,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
per mancata/ritardata manovra	500,00	80,00 €	40.000,00 €		100,00 €	0,00 €	500,00	40.000,00 €	
altro (specificare)		80,00 €	0,00 €		100,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
Totale	500,00		40.000,00	0,00		0,00	500,00	40.000,00	
IRAP su voci precedenti			3.400,00 €			0,00 €		3.400,00 €	
Totale			43.400,00 €			0,00 €		43.400,00 €	
di cui con finanziamento a carico:									
finanziamento statale o regionale finalizzato per liste d'attesa								0,00 €	
fondi cd Balduzzi finalizzato recupero liste d'attesa								0,00 €	
fondi cd Balduzzi finalizzato per altro								0,00 €	
Totale finanziamenti specifici			0,00 €			0,00 €		0,00 €	

(1) Valore base ora ex art. 89, c. 3 CCNL 23.1.2024

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

COMPARTO	Proiezione al 31.12.2026								
	Tariffa ordinaria			Tariffa maggiorata			totale		
Prestazioni aggiuntive (BA1400)	ore	valore /h (3)	tot.	ore	valore /h (4)	tot.	ore	costi	note
contenimento/abbattimento liste d'attesa		35,00 €	0,00 €		60,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
contenimento/abbattimento liste d'attesa (fondi residui 2025)		35,00 €	0,00 €		60,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
per servizi emergenza/urgenza		35,00 €	0,00 €		60,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
riduzione ricorso esternalizzazioni		35,00 €	0,00 €		60,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
per mancata/ritardata manovra		35,00 €	0,00 €		60,00 €	0,00 €	0,00	0,00 €	
Totale	0,00		0,00 €	0,00		0,00 €	0,00	0,00 €	
Oneri riflessi su voci precedenti (25,3%)			0,00 €			0,00 €		0,00 €	
IRAP su voci precedenti (8,5%)			0,00 €			0,00 €		0,00 €	
Totale costo prestazioni aggiuntive comparto			0,00 €			0,00 €		0,00 €	
di cui con finanziamento a carico:									
fondi cd Balduzzi finalizzato recupero liste d'attesa								0,00 €	
fondi cd Balduzzi finalizzato per altro								0,00 €	
finanziamento statale o regionale finalizzato per liste d'attesa								0,00 €	
Totale detrazioni da riportare nella tab. T.20F1			0,00 €			0,00 €		0,00 €	

(3) circolare DCS prot. 9565/2009 valore base € 28,30/h - valore massimo € 37,30/h - Indicare il valore applicato in Azienda per ciascuna tipologia

(4) Il valore base di cui al precedente punto può essere elevato ex L. 213/2023, c. 219, fino a € 60,00, indicare nella colonna il valore applicato per ciascuna tipologia.

TAB. 20 E1 - Prestazioni aggiuntive

**Il Totale delle ore deve essere lo stesso indicato nella tab. T.20E colonna H riga 21
Il Totale deve essere lo stesso indicato nella tab. T.20E colonna I +riga 21**

**Il Totale delle ore deve essere lo stesso indicato nella tab. T.20E colonna H riga 40
Il Totale deve essere lo stesso indicato nella tab. T.20E colonna I +riga 40**

RISPECTO VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE A REGIME 2026

			ANNO 2026 a regime	ANNO 2027 a regime	ANNO 2028 a regime
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	48.862.116,50	48.862.116,50	48.862.116,50
	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	124.756,00	124.756,00	124.756,00
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	-	-	-
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-	-	-
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria			
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria			
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	1.169.744,04	1.169.744,04	1.169.744,04
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria			
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.240.193,40	3.240.193,40	3.240.193,40
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	84.548,42	84.548,42	84.548,42
		TOTALE CONTI MONITORATI SENZA 1% M.S.	53.481.358,36	53.481.358,36	53.481.358,36
		1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi)	251.585,15	251.585,15	251.585,15
		0,22% m.s. 2018 dir. PTA (comprensivo di oneri riflessi)	1.562,77	1.562,77	1.562,77
		TOTALE	53.734.506,28	53.734.506,28	53.734.506,28
DETRAZIONI		categorie protette nel limite della quota dell'obbligo	1.185.972,93	1.185.972,93	1.185.972,93
		305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata	20.000,00	20.000,00	20.000,00
		altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata	578.118,70	578.118,70	578.118,70
		personale a carico di finanziamenti comunitari o privati	60.048,00	60.048,00	60.048,00
		IRAP su tirocinanti CEFORMED			
		CCNL personale piramidati e collab. ricerca con finanziamento specifico			
		CCNL personale piramidati e collab. ricerca a tempo determinato	1.491.804,56	1.491.804,56	1.491.804,56
		Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)			
		IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	122.577,95	122.577,95	122.577,95
		IVC dirigenza sanitaria e PTA (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	60.598,15	60.598,15	60.598,15
		incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023	821.272,29	821.272,29	821.272,29
		incremento IVC dirigenza sanitaria -PTA (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023	406.018,04	406.018,04	406.018,04
		IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2025-2027)	217.601,87	217.601,87	217.601,87
		IVC dirigenza sanitaria -PTA(anticipo rinnovo CCNL 2025-2027)	125.895,18	125.895,18	125.895,18
		costo personale sanitario per disabilità LR 16/2022	-	-	-
		rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra	178.024,78	178.024,78	178.024,78
		costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR1420/2025 (Tabella 4 pag. 188/189)			
		Costi prestazioni aggiuntive comparto con finanziamento specifico			
		attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...	95.000,00	95.000,00	95.000,00
		TOTALE DETRAZIONI	5.362.932,46	5.362.932,46	5.362.932,46
		TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI	48.371.573,82	48.371.573,82	48.371.573,82
		TETTO DI SPESA 2026	48.623.580,46	48.623.580,46	48.623.580,46
			<i>rispettato</i>	<i>rispettato</i>	<i>rispettato</i>

(indicare qui l'importo riportato alla voce CE BA2890)

(indicare qui l'importo riportato alla voce CE BA2890)

PERSONALE DELLA
DISABILITÀ NON COMPRESO
NEI TETTI DI SPESA FISSATI
DALLE LINEE DI GESTIONE

(*) indicare l'importo riportato nel foglio note

RISPETTO VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE temporizzato 2026

			ANNO 2026 temporizzato
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	48.278.088,14
	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	124.756,00
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	-
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	226.740,00
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	1.169.744,04
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.204.117,25
	YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	97.808,42
	BA1390	Prestazioni aggiuntive dir.Sanità (esclusa IRAP) finanziate dai risparmi derivanti dalla mancata attuazione del PTFP	40.000,00
		TOTALE CONTI MONITORATI SENZA 1% M.S.	53.141.253,85
		1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi)	251.585,15
		0,22% m.s. 2018 dir. PTA (comprensivo di oneri riflessi)	1.562,77
		TOTALE	53.394.401,77
DETRAZIONI		categorie protette nel limite della quota dell'obbligo	991.440,87
		305 100 750 300 30 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata	20.000,00
		altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata	578.118,70
		personale a carico di finanziamenti comunitari o privati	60.048,00
		IRAP su tirocinanti CEFORMED	
		CCNL personale piramidati e collab. ricerca con finanziamento specifico	
		CCNL personale piramidati e collab. ricerca a tempo determinato	1.491.804,56
		Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)	90.000,00
		IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	120.560,20
		IVC dirigenza sanitaria e PTA(anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	59.953,67
		incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023	807.753,32
		incremento IVC dirigenza sanitaria-PTA (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023	401.699,95
		IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2025-2027)	214.019,92
		IVC dirigenza sanitaria e PTA(anticipo rinnovo CCNL 2025-2027)	124.556,26
		costo personale sanitario per disabilità LR 16/2022	-
		rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra	178.024,78
		costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR1420/2025 (Tabella 4 pag. 188/189)	
		Costi prestazioni aggiuntive con finanziamento specifico	
		attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...	95.000,00
		TOTALE DETRAZIONI	5.232.980,23
		TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI	48.161.421,54
		TETTO DI SPESA 2026	48.623.580,46
			rispettato

(*) indicare qui l'importo riportato alla voce CE BA2890)
(indicare qui l'importo riportato alla voce CE BA2890)

PERSONALE DELLA
DISABILITÀ NON COMPRESO NEI
TETTI DI SPESA FISSATI DALLE
LINEE DI GESTIONE

(*) indicare l'importo riportato nel foglio note

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

area contrattuale	a	b	c	d	e	f	g	1	2	3	4
	unità al 31/12/2023	unità 31/12/2023 ricalcolate (*)	unità previste al 31/12/2026	unità 31/12/2026 ricalcolate (*)	variazione temporizzata	variazione a regime	quota media pro-capite al netto oneri	Incremento 2026 su unità ricalcolate	Incremento 2026 applicato nel rispetto del tetto di spesa	Incremento 2026 stimato a regime	Incremento 2026 applicabile regime nel rispetto del tetto di spesa
Comparto	565,00	501,16	621,00	601,91	100,75	119,84	6.856,55 €	690.805,03 €	0,00 €	821.666,10 €	0,00 €
Dirigenza PTA	16,00	11,40	19,00	15,00	3,60	7,60	27.801,55 €	100.085,58 €	0,00 €	211.291,78 €	0,00 €
Dirigenza area sanità	186,00	157,04	203,00	188,39	31,35	45,96	24.256,28 €	760.474,81 €	0,00 €	1.114.859,06 €	0,00 €
totale	767,00	669,60	843,00	805,30	135,70	173,40		1.551.365,42 €	0,00 €	2.147.816,93 €	0,00 €

* corrispondenti ai cedolini elaborati, 12 cedolini = 1 unità

1) incremento temporizzato applicabile nel 2026 se tetto spesa capiente

2) incremento temporizzato applicato effettivamente nel 2026 fino alla capienza del tetto

3) incremento stimato nel 2026 a regime su delta tra unità previste al 31.12.2026 e quelle ricalcolate al 31.12.2023

4) incremento di cui al precedente punto 3) applicato fino a capienza del tetto di spesa

ex gestioni delegate per la disabilità, con contratto EE.LL. imputati al BA2080 del bilancio sociale	gestioni sociali delegate con contratto EE.LL. imputati al BA2080 del bilancio sociale
--	--

CATEGORIA	PROFILO (*)	unità presenti al 31.12.2025		unità previste al 31.12.20256		Stima costi temporizzati 2025 DISABILITA' SANITA'**	Stima costi temporizzati2025 DISABILITA' SOCIALE**	Stima costi temporizzati 2025 SOCIALE**
		totale	di cui sociale	totale	di cui sociale			
B	Addetto Sorveglianza Anziani (Ep)							
B	Assist.Domicil. e dei Servizi Tutelari (Ep)							
B	Esecutore Amministrativo - 4 Q.F. Enti Locali							
B	Esecutore Falegname							
B	Operaio Qualificato (Ep)							
B	Operatore Socio Sanitario (Ep)							
B	Esecutore Servizi (Ep)							
C	Educatore Professionale (Ep)							
C	Insegnante Educatore (Ep)							
C	Istruttore Amministrativo (Ep)							
C	Operatore mediazione per l'integr.lavorativa- C (EP)							
C	Geometra							
C	Psicomotricista (Ep)							
D	Assistente Sociale (Ep)							
D	Assistente Sociale Coordinatore (Ep)							
D	Educatore Pedagogista Laureato (Ep)							
D	Istruttore Direttivo (Ep)							
	Dirigente (Ex I Qualifica Dirigenziale) (Ep)	0	0	0	0	0	0	0

(*) i profili sono riportati a solo titolo di esempio, vanno aggiornati dalle singole aziende interessati

(**) indicare i costi fatti gravare su BA2080 + YA0020 al netto degli oneri su prestazioni aggiuntive al lordo dei ribaltamenti