

**DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 175 DEL 19/10/2022**

**OGGETTO:** Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024 dell'IRCCS Burlo Garofolo

**Sottoscritto dal Direttore Generale**

**Dott. Stefano Dorbolò**

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

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

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

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>	
<b>IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo</b>	<b>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</b>
<b>dott.ssa Alessandra Rachelli</b> <i>atto firmato digitalmente</i>  data 17 ottobre 2022	<b>dott.ssa Martina Vardabasso</b> <i>atto firmato digitalmente</i>  data 17 ottobre 2022

## 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 113/2021, e, in particolare l’art. 6 che introduce nell’ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione finalizzato ad “assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla reingegnerizzazione dei processi di accesso”;

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

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

Verificato che il PIAO è stato illustrato all’Organismo Indipendente di Valutazione nel corso della seduta del 13/10/2022, durante la quale ne sono stati condivisi i contenuti e l’iter di approvazione, prendendo atto che il documento, redatto in via sperimentale per l’anno 2022-2024, sarà soggetto ad un percorso di revisione e perfezionamento;

Ritenuto, pertanto, di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 dell’IRCCS Burlo Garofolo, così come allegato al presente provvedimento, quale parte integrante;

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

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

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

## DECRETA

- 1) di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 dell’IRCCS Burlo Garofolo, così come allegato al presente provvedimento, quale parte integrante;

2) di incaricare la struttura SSD Programmazione e controllo a 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;

3) di dare atto che nessun costo discende direttamente dal presente provvedimento.

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

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

<b>IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	<b>IL DIRETTORE SCIENTIFICO</b>	<b>IL DIRETTORE SANITARIO</b>
<b>dott.ssa Serena Sincovich</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 18 ottobre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	<b>prof. Massimo Zeviani</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 19 ottobre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 59 del 27.04.2022	<b>dott.ssa Paola Toscani</b> <i>atto firmato digitalmente</i> data 19 ottobre 2022 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

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

# Elenco firmatari

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

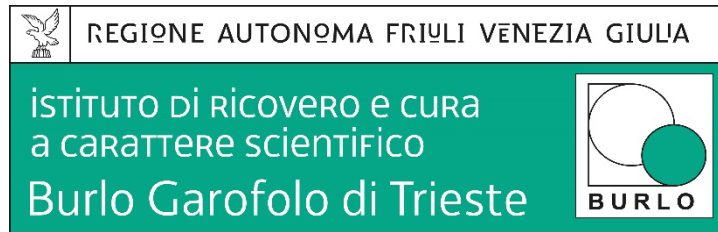
Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'

CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U

DATA FIRMA: 19/10/2022 15:25:29

IMPRONTA: 31AB08A2BC1C3DB702C13F376B9AD77CD8F6A26EE37F1D24AE018663FD26F13E  
D8F6A26EE37F1D24AE018663FD26F13E8C4FBF2BD72F99E2D286FD392D8D128C  
8C4FBF2BD72F99E2D286FD392D8D128C02FE90C782617AEF9425D2DC9755DECC  
02FE90C782617AEF9425D2DC9755DECC2D0733535215D501714DC7F2D9D3C1BC



**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**

**2022 - 2024**

## Sommario

<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA</b> .....	<b>5</b>
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>6</b>
2.1 VALORE PUBBLICO .....	6
2.1.1 Obiettivi strategici .....	6
2.2 Performance.....	22
2.2.1 Obiettivi performance.....	22
2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione .....	23
2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere .....	24
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	26
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	26
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno .....	38
2.3.3 Mappatura dei processi .....	54
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....	55
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio .....	60
2.3.6 Monitoraggio sull' idoneità e sull'attuazione delle misure.....	80
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	89
<b>3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b> .....	<b>92</b>
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	92
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	94
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	101
3.3.1 Rappresentazione della consistenza del personale al 31/12/2021.....	101
3.3.2 Programmazione delle risorse umane.....	102
3.3.3 Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse .....	103
3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno.....	104
3.3.5 Formazione del personale .....	106
<b>4. MONITORAGGIO</b> .....	<b>108</b>
4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO.....	108
4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE.....	109
4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	109
4.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	109

## **ALLEGATI**

Allegato 1: Referenti linee di gestione 2022 .....	110
Allegato 2: Registro dei rischi 2022 .....	121
Allegato 3: Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio.....	126
Allegato 4: Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la trasparenza .....	128
Allegato 5: Tabelle piano triennale dei fabbisogni di personale anno 2022 -2023 -2024. ...	139

## PREMESSA

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

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

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

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



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

Il PIAO dell'IRCCS Burlo Garofolo per il 2022 è stato elaborato tenendo conto della struttura prevista del DM 24/6/2022, successivamente quindi alla formale adozione del PAO, del Piano Anticorruzione e del Piano Triennale dei fabbisogni di personale ed ha un carattere sperimentale, seguirà pertanto una fase di analisi ed un percorso di miglioramento in vista dell'adozione del PIAO 2023-2025.

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA

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

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

### **2.1 VALORE PUBBLICO**

#### **2.1.1 Obiettivi strategici**

In questa sottosezione di programmazione, viene illustrato il piano aziendale che vuol essere lo strumento attraverso il quale l'Azienda, nel quadro dei principi generali sanciti dalla missione aziendale e delle indicazioni regionali, delinea la visione strategica per il triennio 2022 - 2024.

Il piano triennale declina i principali obiettivi strategici aziendali, tenendo conto che la programmazione aziendale deriva strettamente da quella regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale (DGR) 321 del 11/3/2022 "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva", con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi del Sistema sanitario regionale per l'anno in corso.

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

Nei settori di competenza, strategici per la sanità non solo regionale, il "Burlo Garofolo" affronta le sfide del triennio 2022-2024 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.

- **OBIETTIVI STRATEGICI NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA**

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

Il 2021 è stato condizionato dal perdurare dell'emergenza pandemica da virus SARS-COV-2 che ha imposto modifiche organizzative finalizzate al contenimento del contagio e alla gestione della malattia e delle sue ricadute sui processi di cura e ha influenzato le capacità del sistema di fare fronte alla domanda di salute.

Nel corso dell'anno, le azioni ed i provvedimenti definiti nel 2020 e descritti dal "Piano operativo per la risposta all'emergenza Covid-19 del Burlo" sono stati oggetto di una costante revisione, con l'obiettivo di adattare l'organizzazione alle mutevoli caratteristiche che l'emergenza

ha assunto nel corso dell'anno, determinate dalla disponibilità dei vaccini e dalle disposizioni normative che si sono succedute nel tempo.

Le revisioni e gli adeguamenti hanno riguardato in particolare i percorsi dei pazienti e la gestione dei pazienti ricoverati. Nel corso del 2021 è stato migliorato il sistema di accertamento diagnostico, con l'introduzione di nuove tecnologie, automatizzate e con tempi di processamento ridotti, sono stati costantemente rivisti i programmi di screening degli operatori sanitari, per adeguarli all'andamento del contagio e migliorata l'organizzazione dei servizi e dei reparti coinvolti nella gestione dei pazienti sospetti/infetti, con l'obiettivo di controllare la diffusione dell'infezione pur limitando il blocco delle attività sanitarie che ha caratterizzato la prima fase dell'epidemia.

Gli interventi strutturali avviati nel 2020 (ristrutturazione Pronto soccorso pediatrico e Pediatria d'urgenza) sono stati ultimati e perfezionati per garantire maggiore sicurezza e comfort. Ha, inoltre, preso avvio la progettazione dei nuovi spazi della Terapia Intensiva per definire un layout della struttura adeguato all'aumento dei posti letto definito dal Piano di Potenziamento della rete ospedaliera.

Una attenzione costante è stata posta al mantenimento di adeguati standard del personale, per evitare che le assenze determinate dalla mancata vaccinazione e dai contagi si ripercuotessero sulla qualità dell'assistenza, in particolare per quelle aree, quali l'ostetrica e la neonatologia, in cui è necessario garantire l'attività senza possibilità di intervenire modulando il volume degli interventi e delle procedure.

L'Istituto continua ad essere la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina e rimane, altresì, la struttura regionale di riferimento per il ricovero in Terapia intensiva di pazienti Covid positivi in età pediatrica e, per disposizione regionale, anche dei bambini Covid positivi della regione che necessitano di ricovero ordinario.

## 2 LOGISTICA

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

Nel corso del 2021 si è dato tempestivamente avvio ai lavori del primo dei tre edifici, nel quale sono stati trasferiti (primo trimestre 2022) parte degli uffici amministrativi, tecnici e della formazione: lo spostamento dei predetti uffici nel comprensorio limitrofo permette - intanto parzialmente - una collocazione più rispondente alle esigenze del nuovo profilo professionale dei ricercatori e del personale a supporto della ricerca, oltre che lo sviluppo delle aree di laboratorio,

negli spazi liberati con tale trasloco e la disponibilità di due appartamenti ad uso foresteria per le famiglie dei pazienti a lungo ricovero.

Nel corso del terzo trimestre del corrente anno, si proseguirà quindi con la realizzazione del secondo dei tre edifici del nuovo comprensorio -, ove sarà allocata l'attività ambulatoriale delle discipline di odontostomatologia, oculistica, otorinolaringoiatria/audiologia e fisioterapia; in tale edificio, oltre agli ambulatori predetti, si procederà anche alla realizzazione di locali dedicati all'accoglienza ed attesa dei piccoli pazienti e dei loro genitori/accompagnatori. Questo secondo spostamento di attività e personale permetterà di mettere in sicurezza - fino al previsto trasferimento definitivo nella nuova sede di Cattinara - le restanti attività che rimarranno nella sede principale dell'IRCCS; qui, in particolare, si procederà ad ampliare l'attuale area dell'accettazione ostetrico-ginecologica; saranno ricavati altresì spazi idonei alla Scuola in Ospedale e saranno realizzati una nuova mensa, la nuova camera bianca della farmacia, la nuova sala d'attesa e l'ascensore della scala B.

Nell'ultima parte dell'anno, infine, ad ultimazione dei lavori nel terzo edificio del nuovo comprensorio attiguo, sarà completato lo spostamento di ulteriori uffici amministrativi/tecnici oltre che quelli della direzione strategica - che attualmente sono ubicati nella palazzina laboratori -: ciò permetterà la collocazione definitiva ed adeguata dei bisogni del nuovo ruolo della ricerca, della direzione scientifica e del Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata.

Oltre all'espansione logistica delle attività attualmente erogate dal Burlo nei nuovi spazi, grazie all'attribuzione all'IRCCS della nuova funzione di cure palliative pediatriche - appar DGR 1965 del 23.12.2021 e del relativo finanziamento di 800mila € stanziato con L.R. 24/2021, art. 8, comma 29 -, nel corso del 2022 verrà completato il progetto del hospice pediatrico e ~~verosimilmente~~ avviati i relativi lavori entro la fine dell'esercizio.

### **3 NUOVO ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO (COMPRESO BURLO MULTICENTRICO)**

In attuazione dell'art. 54, comma 1 della L.R. 22/2019, l'Istituto ha trasmesso alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità (DCS) e all'Azienda regionale per il coordinamento della salute (ARCS) con nota prot. n. 2048 del 28.02.2020 la proposta di collocazione delle funzioni ed attività per l'organizzazione dell'assistenza proprie dell'IRCCS, attraverso le quali si intende garantire l'assistenza ad alta complessità e specialità in ambito regionale, nazionale ed internazionale per l'area materno-infantile e per la salute della donna e che recepisce quanto previsto dalla stessa LR n. 22/2019 all'art. 29, comma 3 nell'attribuire al Burlo le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

Secondo le indicazioni e le tempistiche regionali, l'Istituto ha quindi provveduto alla redazione della proposta di Atto aziendale che definisce i principi generali dell'organizzazione e la configurazione degli assetti strutturali e delle articolazioni di governo dell'Ente.

La proposta di Atto aziendale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste recante la relativa disciplina di organizzazione e funzionamento, è stata trasmessa con nota prot. n. 8891 dd. 27.9.2021, successivamente integrata con nota prot. n. 11753 dd. 9.12.2021, alla DCS e ad ARCS, nel rispetto dell'art. 54, comma 4 della L.R. n. 22/2019 e della DGR n. 1279/2021 "LR 22/2019, art 54 - proroga del termine per la trasmissione delle proposte di atto aziendale".

L'organizzazione dell'Istituto si conforma ai contenuti della DGR n. 1446 dd. 24.9.2021 recante "LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli di assistenza del Servizio Sanitario Regionale" e alla successiva DGR n. 1965/2021, adottate ai sensi dell'art. 26, comma 3 e 29, comma 2 della più volte citata LR n. 22/2019 e risponde al modello ordinario di gestione dipartimentale delle attività degli enti SSR attraverso strutture qualificate in complesse, semplici (anche dipartimentali) e piattaforme assistenziali, individuate in relazione all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle relative funzioni e a cui sono attribuite responsabilità gestionali e professionali.

Nella formulazione della proposta organizzativa si sono tenuti in considerazione alcuni elementi basilari quali la necessità di valorizzare le funzioni specifiche che caratterizzano l'Istituto, la rilevanza scientifica e di ricerca che connota alcune strutture in coerenza con il mantenimento del riconoscimento del carattere scientifico, la prospettiva di incremento dell'attività, il mantenimento dell'equilibrio tra le strutture ospedaliere e quelle universitarie e la sostenibilità economica a garanzia della tenuta del bilancio e dei fondi.

Come già anticipato, gli aspetti maggiormente innovativi introdotti dalla rivisitata organizzazione ricalcano le disposizioni legislative regionali che hanno ampliato la sfera di attività dell'IRCCS, confermato tra i presidi ospedalieri specializzati nell'area materno-infantile, comprendendo le funzioni ospedaliere della predetta area, relativamente a pediatria e ostetricia e ginecologia, per l'intero territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), da svolgersi oltre che presso la sede di Trieste, anche presso le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone.

Il modello organizzativo prevede quindi l'istituzione di due strutture complesse (SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia e Monfalcone afferente al Dipartimento Materno Neonatale e SC Pediatria Gorizia e Monfalcone afferente al Dipartimento di Pediatria) e di un dipartimento orizzontale, funzionale interaziendale che coinvolge trasversalmente strutture del Burlo e di ASUGI denominato Dipartimento per la Salute della donna e del bambino, a seguito del trasferimento della relativa quota di finanziamento.

Come previsto nelle linee per la gestione del SSR anno 2022, adottate in via definitiva con D.G.R. n. 321 del 11/3/2022, l'IRCCS ha provveduto ad inviare ad ASUGI con nota prot. 4498 dd 29/4/2022, una proposta di documento relativo alle programmate attività finalizzate agli scorpori e trasferimenti delle funzioni di pediatria e ginecologia/ostetrica di ASUGI svolte presso il presidio Ospedaliero di Monfalcone da trasferire all'IRCCS Burlo Garofolo, nell'intendimento di completare quanto necessario entro il 31.12.2022. Il documento è stato successivamente integrato da ASUGI (formalmente trasmesso all'IRCCS con nota prot. ASUGI 74124/2022) e sono stati individuati i referenti delle due aziende per i diversi gruppi di lavoro.

La nuova organizzazione prevista dall'Atto aziendale sarà attuata attraverso una serie di provvedimenti progressivi e consequenziali, che si riepilogano qui di seguito:

- adozione del provvedimento di individuazione delle strutture semplici
- approvazione del funzionigramma delle strutture complesse e semplici dipartimentali
- approvazione del Regolamento organizzativo dell'Istituto
- adozione del Regolamento degli incarichi dirigenziali:
  - definizione dei criteri per la graduazione degli incarichi dirigenziali
  - individuazione degli incarichi dirigenziali
  - classificazione degli incarichi dirigenziali
  - valorizzazione degli incarichi dirigenziali
- adozione del Regolamento per gli incarichi del comparto.

#### **4 FONDAZIONE**

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

Si sono infatti concluse le attività del Consiglio di Amministrazione uscente ed è stato nominato il nuovo Presidente della Fondazione.

Nel corso del 2022 si è insediato il Consiglio di Amministrazione.

Nell'attuale contesto emergenziale appare fondamentale il contributo che la fondazione potrà dare nella raccolta fondi destinati alla realizzazione di strutture, interventi e servizi e nella collaborazione con istituzioni pubbliche, organizzazioni private per sviluppare tutte le opportune sinergie nelle diverse forme possibili.

## 5 RETE REGIONALE PEDIATRICA

La realizzazione della Rete pediatrica è uno dei temi strategici nella programmazione dell'Istituto, per orientare i servizi e i percorsi di cura dedicati ai piccoli malati in un contesto di funzioni e responsabilità certe, organizzate a livello regionale. Promuove, infatti, modelli che assicurino la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinico-organizzativa.

Nel 2021 la Rete pediatrica si è strutturata in conformità al modello di riferimento per la costituzione delle reti cliniche definito da ARCS (Decreto ARCS n°170 del 11/11/2021: "L.R. 17/2014 art.39: attivazione della rete pediatrica della regione Friuli Venezia Giulia- Riconduzione rete pediatrica al modello per la gestione delle reti Cliniche ARCS").

Con documento condiviso da ARCS e Burlo, inviato alla Direzione Centrale Salute in data 23/12/2021, sono state definite le modalità di costituzione e gestione della Rete pediatrica nel contesto descritto dall'art. 4 della legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 che attribuisce ad ARCS il coordinamento e il controllo delle reti cliniche.

Secondo quanto previsto da tale documento, il coordinamento della Rete pediatrica rimane in capo all'IRCCS Burlo Garofolo. La responsabilità complessiva del coordinamento della Rete pediatrica è assunta dal Direttore Sanitario dell'IRCCS, il quale, come componente di diritto della Cabina di regia ARCS, svolge un ruolo di sintesi, di gestione delle trasversalità e di integrazione delle attività e, come coordinatore della Rete pediatrica, definisce e concorda con la Cabina di regia il piano di attività, di norma su base annuale, nel rispetto della programmazione e delle strategie di politica sanitaria regionali.

La governance della Rete Pediatrica è realizzata nell'ambito del "Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale", la cui composizione è stata rivista con i nominativi dei componenti afferenti agli altri Enti della Regione. Il Comitato si avvale di "Gruppi multidisciplinari per patologia" e assolve al ruolo di coordinamento regionale della rete tramite un proprio "Ufficio di coordinamento".

Secondo il modello così definito, nel 2021, sono stati costituiti gruppi multidisciplinari per la individuazione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG (Filiera onco-ematologia pediatrica) e l'identificazione di un modello Hub and Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica (Filiera emergenza-urgenza pediatrica e neonatale).

Con proprio decreto n. 77 dd 19/5/2022 è stata formalizzata la proposta per la composizione del Comitato della rete pediatrica della regione Friuli Venezia Giulia: il decreto è stato trasmesso ad ARCS con nota prot. 5598 dd 26/5/2022 per il relativo recepimento.

## **6 RETE REGIONALE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E HOSPICE PEDIATRICO**

Con decreto del Direttore dell'Area Servizi Assistenza Primaria n. 1345 del 29/7/2019 il Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale è stato individuato presso l'IRCCS Burlo Garofolo.

L'attività del Centro è stata avviata nel corso del 2019 e, pur nelle difficoltà del contesto, è stata potenziata nel 2020 e nel 2021.

Subordinatamente al riconoscimento di uno specifico finanziamento, saranno acquisite ulteriori professionalità al fine di costituire l'equipe multidisciplinare necessaria per garantire la funzione del Centro secondo quanto previsto dai Decreti della Direzione centrale salute n. 1771 del 27.12.2016 e n. 1345 del 29.07.2019.

La Filiera cure palliative e terapia antalgica in età pediatrica è inserita nel contesto della Rete pediatrica. In tale ambito, nel corso del 2022, dovrà essere formalizzato il Comitato di Coordinamento che avrà il compito di garantire il governo della Rete Cure palliative pediatriche e di favorirne la realizzazione secondo il modello individuato dal Decreto 1771/2016.

La Linea 3.2 "Hospice pediatrico" delle Linee per la gestione del SSR 2021, nell'ambito della progettualità "Aumentare i posti letto di cure palliative in ambito pediatrico: prosecuzione delle attività collegate allo studio di fattibilità tecnica inviato alla DCS con nota prot. n. 9186 dd 9/10/2020" ha attribuito all'Istituto l'obiettivo di integrare lo studio di fattibilità di un hospice pediatrico inviato nel 2020, sul modello dell'"home in hospital", da realizzare nell'area del comprensorio dell'ospedale pediatrico.

In data 18.11.2021 è stata inviata alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità l'integrazione dello studio di fattibilità che, facendo riferimento agli standard definiti con l'Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2021 "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38", ha descritto 3 possibili ipotesi realizzative. Le procedure per la realizzazione dell'Hospice potrebbero essere avviate già nel corso del 2022, non appena disponibili le indicazioni relative all'ipotesi da implementare.

## **7 RAPPORTI CON UNIVERSITÀ**

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



Tali rapporti sono stati ridefiniti dal Protocollo d'intesa tra la Regione FVG e le Università di Udine e Trieste, di cui alla DGR n. 1608 dd. 22/10/2021.

Sono ad oggi convenzionate le seguenti strutture:

S.C. a Direzione Universitaria Clinica Pediatrica;

S.C. a Direzione Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica;

e risultano a direzione universitaria:

S.C. Genetica Medica;

S.S.D.R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale;

S.S.D. Odontostomatologia;

S.S.D.R. Medicina Fetale e Diagnostica prenatale.

Inoltre presso l'Istituto ha sede l'attività didattica/pratica collegata ai seguenti corsi di laurea:

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, con gli insegnamenti in Pediatria, Ostetricia e Ginecologia e Genetica Medica;

Corso di Laurea triennale in Ostetricia (interateneo con l'Università degli Studi di Udine).

Il personale dell'Istituto è altresì coinvolto attivamente in qualità di docente/tutor nei seguenti corsi di laurea attivati dalle Università di Trieste e Udine:

Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria;

Corso di Laurea triennale in Infermieristica;

Corso di Laurea triennale in Ostetricia;

Corso di Laurea triennale in Fisioterapia;

Corso di Laurea triennale in Tecniche di Laboratorio Biomedico;

Corso di Laurea triennale in Logopedia;

Corso di Laurea triennale in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia;

Corso di Laurea triennale in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro;

Corso di Laurea triennale in Igiene Dentale;

Corso di Laurea triennale in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.

Altresì presso l'IRCCS sono presenti le seguenti scuole di specializzazione dell'Università degli Studi di Trieste con sede all'interno dell'Istituto:

Pediatria;

Ginecologia ed Ostetricia;

Genetica Medica;

Odontoiatria Pediatrica.

L'Istituto è anche sede dei Corsi di Dottorato di Ricerca in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo.

Vengono svolte attività di ricerca con il Dipartimento di Scienze della Vita per il Dottorato di Ricerca in Neuroscienze e Scienze Cognitive e con il Dipartimento di Fisica per il Dottorato di Ricerca in Nanotecnologie.

Negli anni accademici 2016/2017 e 2017/2018 l'Istituto è stato sede didattica del Master di II livello in Chirurgia Isteroscopica, dall'anno accademico 2019/2020 del Master di II livello in Chirurgia Laparoscopica in Ginecologia e nell'anno accademico 2018/2019 del Corso di Perfezionamento in Diagnosi Prenatale e Trattamento Chirurgico delle Malformazioni Neonatali.

Per soddisfare la necessità di formare professionisti Infermieri e Ostetriche con competenze specialistiche e abilità comunicative, relazionali, educative, formative e pensiero critico nell'area materno-neonatale e pediatrica, l'Istituto ha organizzato, in sinergia con l'Università degli Studi di Trieste, e gestisce i seguenti Master di I livello:

Master in Infermieristica Neonatale e Pediatrica (attivo dall'anno accademico 2015/2016);

Master in Infermieristica per l'Emergenza-Urgenza Neonatale e Pediatrica (attivo dall'anno accademico 2020/2021);

Master in Promozione e Implementazione delle Cure Ostetriche nel Percorso Nascita - Counseling ed Ecografia Ostetrica (attivo dall'anno accademico 2020/2021).

Questi percorsi di studio hanno l'obiettivo comune di permettere l'acquisizione di competenze specifiche e specialistiche nell'ambito materno-infantile, garantendo al bambino/alla donna e alla famiglia un'adeguata risposta ai peculiari bisogni di salute che caratterizzano questi particolari ambiti.

Diverse Università italiane ma anche estere hanno stipulato convenzioni con l'Istituto per permettere agli studenti di diversi corsi di studio di effettuare tirocini curriculari.

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

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

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

## 8 FORMAZIONE

Dovranno essere attuate politiche di qualificazione del personale dell'assistenza e della ricerca quale risorsa da valorizzare e patrimonio per lo sviluppo delle conoscenze e del progresso tecnico-scientifico dell'Istituto.

Nel 2020 e 2021 la situazione emergenziale, correlata alla diffusione del virus SARS-CoV-2, ha avuto conseguenze anche sull'attività formativa dell'Istituto determinando una revisione della pianificazione degli eventi formativi che sono stati erogati in modalità webinar (sia sincrona che asincrona) attraverso l'utilizzo di piattaforme tecnologiche, aule virtuali, videoconferenze o web conference. Nel corso del 2021, in relazione alle varie fasi di diffusione della pandemia, e in ottemperanza dei DPCM nonché alle ordinanze del Presidente della Regione susseguitesesi nel tempo, si è ripresa la formazione in aula, spesso in modalità mista (presenza e webinar).

Tale attività è stata mantenuta anche nel corso del 2022, al fine di garantire l'indispensabile attività formativa per il personale dell'Istituto. Nelle linee strategiche regionali di competenza, il Centro delle Attività Formative dell'IRCCS garantirà il suo apporto, consolidamento e sviluppo alle attività di didattica qualificanti.

## 9 RETE METROPOLITANA

Il programma trapiantologico pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo è attivo sin dal 1984, garantendo l'esecuzione di più di 450 trapianti in ambito pediatrico, in una macroarea che, oltre alla Regione Friuli Venezia Giulia, comprende anche numerosi paesi dell'area balcanica.

L'IRCCS è membro attivo di GITMO, EBMT ed AIEOP e ha ottenuto l'accreditamento JACIE in data 11 marzo 2020, che si aggiunge alla certificazione CNT/CNS ottenuta ad ottobre del 2017 ed alla certificazione ISO 9001 2015 conseguita, come centro di emato-oncologia ed attività trapianti, nel corso del 2018 e rinnovata nel 2020.

È oggi auspicabile, in linea con i modelli organizzativo-gestionali legati ai percorsi di cura, che l'intero settore del trapianto di cellule staminali ematopoietiche sia organizzato, gestito e, più generalmente, pensato in termini innovativi che tengano conto non solo dei continui progressi clinici, scientifici e tecnologici, ma anche delle esigenze poste da una politica sanitaria che, mentre offre eccellenza nell'assistenza, sa anche considerare costi ed economie nella gestione della salute come bene pubblico.

Su queste generali considerazioni, sviluppate nel corso del 2021, con DGR n. 1446 dd. 24.9.2021 recante "LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli di assistenza del Servizio Sanitario Regionale" e successiva DGR n. 1965/2021, è stato previsto che il Programma Trapianti Metropolitano della Regione FVG - comprendente i Centri di Emato-Oncologia regionali coinvolti

nell'attività di trapianto, autologo e allogenico di cellule staminali ematopoietiche – sia affidato al coordinamento di ASUFC.

Costituisce obiettivo dell'anno 2022 la formale istituzione di un Programma unico di trapianto FVG tra i centri di ematologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto allogenico di CSE (ASUFC, Burlo, CRO e ASUGI).

## **10 SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI FASE I**

Nel 2021 ha avuto inizio il percorso di riconoscimento dell'IRCCS Burlo Garofalo come centro autorizzato alla esecuzione di sperimentazioni cliniche di Fase I. Con i decreti n. 30 dd. 16.4.2021 e n. 129 dd. 9.11.2021 è stato definito l'organigramma funzionale e nominale del Programma e dell'Unità clinica di Fase I dell'Istituto. A fine luglio è stata inviata la domanda di autocertificazione per candidare l'Istituto quale struttura sanitaria per sperimentazioni cliniche con farmaci di Fase I nei pazienti pediatrici, il 16 agosto AIFA ha accolto la domanda inserendo il Dipartimento di Pediatria - SC Oncoematologia dell'Istituto nell'elenco delle strutture di fase I. Decorso i 90 giorni previsti dalla determina 809/2015 - e precisamente il 27 ottobre 2022 - il centro potrà avviare la propria attività nell'ambito delle sperimentazioni di fase I. All'Unità di Fase I è stato attribuito il codice AIFA FI/280.

## **11 SCREENING NEONATALI**

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

Con nota dd 13.10.2021, prot. n. 27959, la DCS ha richiesto all'Istituto di predisporre la proposta di un programma regionale per lo screening neonatale della fibrosi cistica, non ancora attivo in FVG, che è stata inoltrata con nota prot. 1189 dd 4/2/2022. Tale proposta prevede la centralizzazione dei test presso l'Istituto, sede del Centro regionale per la diagnosi e la cura della fibrosi cistica.

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

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

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

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

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

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

### **13 EFFICIENTAMENTO ENERGETICO**

L'IRCCS nel corso del 2022 ha attivato un progetto di partenariato pubblico privato (P.P.P.), per la concessione di servizi integrati, energetici, idrici, di facility management, igiene ambientale e security con investimenti per il ripristino funzionale, risparmio energetico e sostenibilità ambientale.

In particolare gli interventi previsti per il 2022 riguardano l'installazione di inverter per modulare il consumo in base alle necessità e l'installazione di un sistema di trigenerazione. L'attuazione di tali interventi permetterà una riduzione dei consumi di energia primaria di circa il 10% già nell'anno in corso, a parità di condizioni.

In allegato 1 sono illustrati gli obiettivi regionali di cui alla DGR 321/2022, con i risultati attesi per il 2022, il direttore di area ed il referente aziendali individuati al fine di agevolarne il conseguimento e la rendicontazione (già formalizzati con proprio decreto n. 104/2022).

- **OBIETTIVI STRATEGICI NEL CAMPO DELLA RICERCA**

#### **MANTENIMENTO CARATTERE DI IRCCS - SITE VISIT**

Nel corso del 2022, entro la scadenza del biennio decorrente dalla data di pubblicazione in G.U. (290 di data 21/11/2020) dell'ultimo Decreto Ministeriale di riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto per l'area materno-infantile, saranno inviati al Ministero della Salute i dati riferiti all'ultimo triennio di attività dell'IRCCS Burlo secondo le indicazioni contenute nel D.M. 14 marzo

2013, come modificato dal D.M. 5 febbraio 2015. Successivamente sarà indicata dal Ministero la data fissata per l'eventuale Site Visit da parte di apposita commissione per la verifica dei requisiti richiesti dall'art. 13 del d. lgs. n.288/2003.

#### **PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2022-2024**

Nel corso del 2021, sono state fornite al Ministero le informazioni richieste in merito all'appartenenza dell'IRCCS alla tipologia di Istituto Monotematico di Area Pediatrica, con relativa elaborazione di proposte di "patologie integrate" e "patologie correlate" all'area tematica di riferimento e le proposte relative alla Programmazione Triennale degli Istituti di Ricovero e Cura Carattere Scientifico (IRCCS)" per il periodo 2022-2024 comprensive delle seguenti linee di ricerca:

- n. 1 "Salute feto-neonatale. Dalla prevenzione alla pratica clinica";
- n. 2 "Scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza";
- n. 3 "Innovazione e diagnostica avanzata";

Il documento finale di "Programmazione Triennale degli Istituti di Ricovero e Cura Carattere Scientifico (IRCCS)" per il periodo 2022-2024 approvato a seguito del parere del CTS trasmesso agli IRCCS a dicembre 2021 ha introdotto significative novità che di seguito si sintetizzano:

Ai fini della ripartizione dei fondi disponibili gli Istituti saranno suddivisi in Istituti Monotematici, qualora facciano riferimento a una sola area tematica principale, oppure Pluritematici qualora facciano riferimento a più aree tematiche principali.

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

Le aree tematiche che fanno riferimento a patologie codificate da uno o più specifici MDC devono essere coerenti con la/le disciplina/e di riconoscimento di ogni IRCCS e definiscono il perimetro nel quale ogni singolo ente opera nell'ambito delle attività di ricerca della Ricerca Corrente.

In prima applicazione le patologie integrate per specifiche aree tematiche riconosciute sono state già individuate nel documento ministeriale relativo alla Programmazione stessa; inoltre saranno valorizzati lavori relativi alle patologie afferenti ad una area tematica differente ma che risultano rilevanti per la terapia, la prevenzione e la riabilitazione di patologie che rientrano nell'area tematica principale di interesse quando il lavoro affronta tali patologie in stretta correlazione.

Secondo quanto indicato dal documento di programmazione, le aree tematiche prese in considerazione per il riparto dei fondi dovrà raggiungere tutti e tre gli standard di benchmarking ricavabili dai sistemi bibliometrici internazionali (SCOPUS, Incites) riferiti a:

- Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno con le soglie di seguito riportate

- “Field Weight Citation” delle pubblicazioni che hanno determinato l’attribuzione dell’IFN nel riparto annuale degli ultimi tre anni, compreso l’anno di riferimento, pari o superiore alla media nazionale
- “% International Collaboration” delle pubblicazioni che hanno determinato l’attribuzione di IFN nel riparto annuale degli ultimi tre anni, compreso l’anno di riferimento, pari o superiore alla media nazionale

ed il limite soglia per quanto riguarda l’IFN è di 700 punti/anno.

Ancora, i criteri di valutazione della ricerca ai fini del riparto dei finanziamenti sono i medesimi previsti nella programmazione precedente seppur con lieve sfumatura nella pesatura percentuale degli stessi. Essi saranno:

- PRODUZIONE SCIENTIFICA (50%);
- CAPACITÀ DI ATTRARRE RISORSE (15%);
- ATTIVITÀ ASSISTENZIALE (20%);
- CAPACITÀ DI OPERARE IN RETE (10%);
- TRASFERIMENTO TECNOLOGICO (5%).

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

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

## RETI

Nel corso del 2021 l’Istituto ha consolidato le reti precedentemente attivate, che sono proseguite anche nel corso del 2022. Tra queste:

- **IDEA** (Associazione Italian DEvelopmental Age Health Network (IDEA Network) - Rete Italiana salute Dell’Età evolutivA (Rete IDEA). Prosegue la collaborazione con i centri partner della Rete IDEA che ha portato all’elaborazione di nuove progettualità.
- **NETVAL** (Network per la Valorizzazione della Ricerca). Annualmente è previsto lo svolgimento della “*Summer Conference*” integrata dall’organizzazione di diversi webinar destinati ai soci del Network.

- **INciPiT** (Rete Italiana per le Sperimentazioni Cliniche in Pediatria). L'Istituto è stato contatto per valutare possibili ulteriori partecipazioni a sperimentazioni pediatriche con farmaci su pazienti affetti da: Colite Ulcerosa, Osteogenesis Imperfecta, sindrome di Kawasaki, asma, sindrome nefrotica, sclerosi multipla, sindrome respiratoria da virus sinciziale. L'Istituto è stato selezionato come partner per gli studi: 1) A Phase 3, randomized, double-blind, placebo controlled study to evaluate the efficacy and safety of Rilematovir in infants and children ( $\geq 28$  days to  $\leq 5$  years of age) and subsequently in neonates ( $<28$  days of age) hospitalized with acute respiratory tract infection due the respiratory syncytial virus (RSV). - Studio Daisy - (responsabile per l'Istituto, dott. Alessandro Amaddeo); 2) Studio multicentrico, randomizzato, open-label, con endpoint valutati in cieco, di confronto tra la terapia di corticosteroidi più immunoglobulina intravenosa (IVIG) e aspirina, versus IVIG e aspirina, per la prevenzione di aneurismi dell'arteria coronarica nella malattia di Kawasaki. - Studio KD-CAAP (responsabile per l'Istituto, prof. Andrea Taddio); 3) A Phase III multicenter, randomised, double-blind, double-dummy study to evaluate safety and efficacy of ocrelizumab in comparison with fingolimod in children and adolescents with relapsing-remitting multiple sclerosis (responsabili per l'Istituto, dott. Marco Carrozzi, Maria Elisa Morelli)
- **EPTRI** (European Paediatric Translational Research Infrastructure, <https://eptri.eu/>). Nell'anno trascorso è stato formalizzato l'accordo per la creazione di una joint research unit (JRU) per lo svolgimento di attività di ricerca e sviluppo all'interno dell'infrastruttura European Paediatric Translational Research Infrastructure eptri-it (EPTRI Italia). EPTRI è un'iniziativa paneuropea che coinvolge centinaia di unità di ricerca riunite per potenziare la ricerca pediatrica attraverso l'implementazione di modelli collaborativi innovativi che facilitino l'introduzione di nuovi strumenti e pratiche per lo sviluppo di farmaci per bambini. L'Istituto contribuirà alla missione dell'infrastruttura mettendo a disposizione all'interno di EPTRI le proprie tecnologie sviluppate nell'ambito della ricerca pediatrica.
- **GBD**. Il 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 quasi 200 Paesi. Il network dei collaboratori italiani del Global Burden of Disease (Italian GBD Initiative), coordinato dall'Istituto, già nel corso del 2021 ha superato i 100 ricercatori aderenti. Il network ha prodotto tre importanti analisi sulle stime italiane: doi: 10.19191/EP21.5.P411.107; doi: 10.1007/s00415-021-10774-5; doi: 10.1177/2047487320949414. Nel corso dell'anno si prosegue nella produzione delle stime regionali, che sono successivamente pubblicate, permettendo a livello regionale e nazionale, di disporre di stime sul peso di singole patologie e fattori di rischio, per il periodo 1990-2021, per sesso ed età, sia in termini di disabilità che di mortalità prematura. Tali stime, grazie alla collaborazione tra Italian GBD Initiative e IHME, saranno accessibili gratuitamente a tutti.
- **WHO**. Il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (CC OMS) per la Salute Materno Infantile dell'Istituto, attivo dal 1992 ed unico centro collaboratore dedicato alla salute materno infantile in Italia (in Europa ce ne sono circa meno di una decina) nel corso del 2020 è stato riconfermato per ulteriori 4 anni. Tale riconoscimento rafforza il ruolo internazionale e di riferimento del nostro Istituto e manifesta l'impegno a collaborare con agenzie delle Nazioni Unite, come l'UNICEF e UNFPA, nonché con numerose altre



istituzioni, italiane e straniere, quali Università, Centri di Ricerca, Ministeri, Organizzazioni governative e non governative. Queste attività includeranno:

- Supporto tecnico all'OMS per lo sviluppo di: linee guida, manuali e pacchetti di formazione, standards e indicatori, strumenti - in particolare strumenti per la valutazione della qualità delle cure-, politiche e documenti strategici.
  - Sostegno all'implementazione delle raccomandazioni e dei programmi dell'OMS, in particolare in paesi a basso e medio reddito.
  - Ricerca in ambito materno infantile, inclusa la ricerca sui servizi sanitari.
- **Sistema strategico ARGO.** Proseguirà lo sviluppo dei filoni intrapresi con l'Area di ricerca scientifica e tecnologica di Trieste "Area Science Park":
    - realizzazione di un "Ecosistema digitale per la salute della donna, del bambino e dell'adolescente, quale modello di innovazione gestionale con caratteristiche di scalabilità e replicabilità sia rispetto alle specialità mediche sia rispetto alla dimensione e al livello territoriale" a favore della Rete pediatrica regionale e dei processi di comunicazione e cura di alcune categorie di utenti target dell'Istituto;
    - avvio di una collaborazione operativa per l'utilizzo dell'infrastruttura di Data-Center e per un percorso condiviso nell'ambito della piattaforma tecnologica di Genomica ed Epigenomica e in particolare delle applicazioni di analisi di Next Generation Sequencing
    - attivazione di un "Centro di Competenza Condiviso sull' Health Science"; che oltre al Burlo e ad Area coinvolgerà anche , l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, l'Università degli Studi di Trieste, al fine di elaborare lo sviluppo di progettualità, attività e servizi che si avvalgano della Piattaforma e del Laboratorio e che diano vita a un'integrazione "verticale" tra ricerca di base e clinica e funzionale allo sviluppo di idee, attività e proposte progettuali nell'ambito dei settori inerenti all'Health Science attraverso:
      - la generazione e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali per l'erogazione dei servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria;
      - l'uso della tecnologia per sviluppare nuovi prodotti o procedure applicabili nei percorsi diagnostici, terapeutici, di cura e riabilitativi;
      - la promozione di forme di collaborazione e progettazione interistituzionale partecipata, basate su una partnership "sistema territorio-pubblica amministrazione-imprese".

## 2.2 PERFORMANCE

### 2.2.1 Obiettivi performance

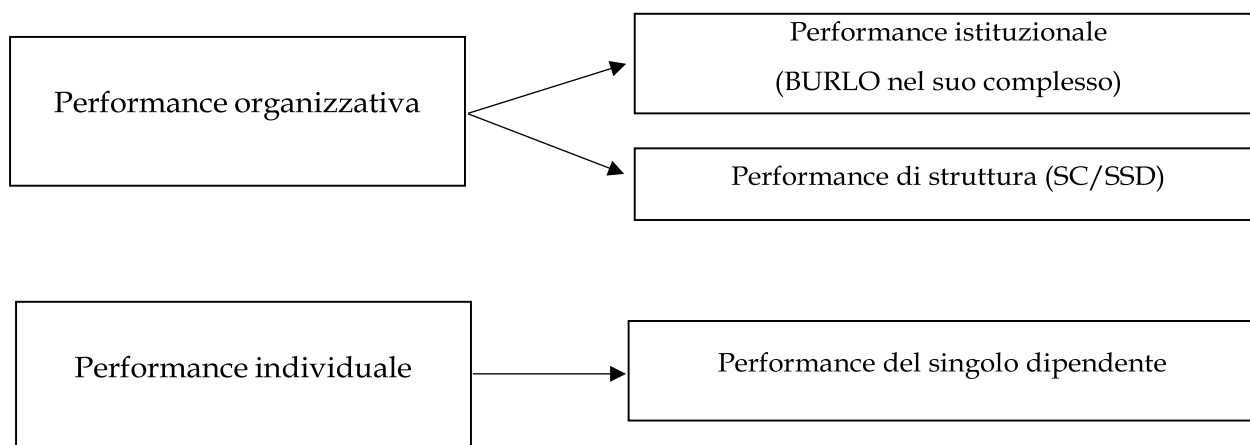
L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Gli esiti del percorso di budget e le relative schede sono state formalizzate con proprio decreto n. 104/2022.

### **2.2.2 Obiettivi di semplificazione e digitalizzazione**

Per quanto attiene, nello specifico alla 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 da AGID quale Cloud Service Provider- 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 AGID nel piano triennale per l'informatica nella PA, l'applicazione dei principi Cloud First - SaaS First, acquisendo servizi cloud solo se qualificati da AGID, ovvero consultando il Catalogo dei servizi cloud qualificati da AGID per la PA, come il servizio IaaS per le richieste pasti presso i reparti, fornito dalla ditta di ristorazione, che ci si aspetta semplifichi e permetta una gestione più accurata, ed in ambito della ricerca il rendere disponibili, semplificandone la fruibilità tramite SaaS fornito da ditta esterna, le pubblicazioni ed i progetti di ricerca.

In ambito sanitario l'istituto, ove reputa opportuno, prevederà allacciamento di ecografi finora scollegati dal sistema centralizzato gestito con software ViewPoint al fine di una corretta ed autorizzata gestione del dato oltre alla semplificazione nell'utilizzo del sistema centralizzato in sé come p.es. la ricerca dello stesso dato su postazioni diverse.

Nel merito della digitalizzazione sia in ambito sanitario che amministrativo continuano infine 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, come peraltro riportato negli obiettivi di accessibilità per l'anno 2022, si prefigge interventi di formazione dei propri dipendenti mirati all'acquisizione di competenze specifiche sugli aspetti tecnici e normativi per la diffusione del know necessario, in primis ai gestori dei portali web che sono più a contatto con queste realtà.

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

### 2.2.3 Pari opportunità ed equilibrio di genere

Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PAP), vale a dire il documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro è stato formalizzato per il triennio 2021-2023, all'interno del Piano della performance/Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale (decreto DG. 107/2021).

Di seguito le iniziative proposte e che sono soggette a periodico monitoraggio nel corso delle riunioni del CUG aziendale nel corso del 2021 e che proseguiranno nel corso del 2022.

Iniziativa n.1 - Formazione componenti CUG	
Obiettivo:	Prevedere adeguata formazione sui temi inerenti l'attività dei Comitati Unici di Garanzia, a beneficio dei componenti CUG.
Finalità	La formazione per i componenti del CUG è un elemento propedeutico all'operatività del Comitato stesso.
Azioni	I componenti del CUG si sottopongono ad almeno 1 corso di formazione nel triennio.
Attori Coinvolti	CUG/Centro per le attività formative/Direzione Generale
Misurazione/Indicatori	Numero di corsi/anno, numero di componenti CUG formati/nel triennio- Fonte del dato: Centro attività formative
Beneficiari	Componenti CUG
Scadenza	31 dicembre di ogni anno
Spesa	Da definire
Monitoraggio:	Corso: "Il CUG e il Piano triennale di azioni positive". Corso in Modalità Webinar in diretta il 26 maggio 2021. Hanno partecipato 6 componenti CUG su 8 Corso: "Il Ruolo del CUG nell'introduzione e gestione del lavoro agile". Corso in Modalità Webinar in diretta il 18 ottobre 2021. Hanno partecipato 2 componenti CUG su 8.

Iniziativa n.2 - Formazione interna, rivolta ai dipendenti dell'IRCCS sull'attività e le tematiche di pertinenza del CUG	
Obiettivo:	Prevedere adeguata formazione sui temi inerenti l'attività del Comitato Unico di Garanzia, a beneficio dei dipendenti dell'IRCCS Burlo Garofolo.
Finalità	La formazione per i dipendenti si propone di diffondere la cultura delle pari opportunità, del benessere organizzativo e della prevenzione della violenza di genere.
Azioni	Progettazione e svolgimento di almeno 2 corsi di formazione nel triennio
Attori Coinvolti	CUG/Centro per le attività formative/Direzione Generale
Misurazione/indicatori	Numero di corsi/anno, numero di dipendenti formati/nel triennio- Fonte del dato: Centro attività formative
Beneficiari	Dipendenti Burlo Garofolo
Scadenza	31 dicembre di ogni anno
Spesa	Da definire
Monitoraggio:	1 evento in fase di progettazione

Iniziativa n.3 - Conoscere il CUG	
Obiettivo:	Aumentare la visibilità del CUG
Finalità	Far conoscere sia ai dipendenti che all'utenza esterna l'attività svolta del CUG-Burlo e gli argomenti che vengono trattati, con pubblicazione periodica sul sito aziendale.
Azioni	Publicazione sul sito del Burlo di articoli inerenti l'attività del CUG. Altre iniziative di informazione e comunicazione.
Attori Coinvolti	Componenti CUG
Misurazione/indicatori	Almeno 2 articoli/anno
Beneficiari	Dipendenti Burlo / utenza esterna
Scadenza	31 dicembre di ogni anno
Spesa	Da definire
Monitoraggio	25-27 novembre 2021: Adesione all'open week contro la violenza sulle donne, promosso dalla Fondazione ONDA e diffusione attraverso infopoint, sito aziendale e canali social. 25 novembre 2021: Adesione all'iniziativa "Un posto Occupato" e diffusione attraverso sito aziendale e canali social.

Iniziativa n.4 - Benessere organizzativo	
Obiettivo:	L'IRCCS promuove le indagini di clima per il tramite della SPPA, ne dà riscontro a CUG e dipendenti, e adotta azioni conseguenti
Finalità	Miglioramento del sistema sociale interno, della cultura organizzativa per ottenere un miglioramento globale del benessere lavorativo. Promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione.
Azioni	Indagini anonime all'interno dell'Istituto / Utilizzo del telelavoro, lavoro agile, miglioramento degli ambienti di lavoro Nel corso del 2022 verrà somministrato a tutto il personale che ha attivato lo smartworking un questionario di valutazione al fine di fornire alla Direzione elementi per la valutazione dello smart working come strumento ordinario di lavoro. Parallelamente verranno svolti dei focus group per valutare le ricadute da un punto di vista lavorativo
Attori Coinvolti	SPPA - CUG
Misurazione/indicatori	Almeno 1 indagine anonima annuale
Beneficiari	Dipendenti Burlo Garofolo
Scadenza	31 dicembre di ogni anno
Spesa	Da definire
Monitoraggio	Definito il disegno dell'indagine.

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### 2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

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

### MISURE STRAORDINARIE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA DA CORONAVIRUS

L'emergenza epidemiologica da SARS-COV-2 (CoViD-19), verificatasi nel corso dell'anno 2020, ha imposto l'adozione di misure progressivamente stringenti che hanno configurato un complesso quadro normativo per la gestione dello stato emergenziale sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, dichiarato con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 per la durata di

mesi sei, prorogato nel tempo con successivi decreti-legge, di cui da ultimo il DL n. 221 dd. 24.12.2021 fino al 31.3.2022.

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

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

A titolo esemplificativo, basti pensare alle risorse che il Governo ha destinato al Fondo per le emergenze nazionali finalizzate alle straordinarie esigenze connesse allo stato di emergenza, nonché ai finanziamenti disposti ad incremento dell'impegno economico cui concorre lo Stato per il fabbisogno sanitario nazionale *standard* a copertura delle seguenti misure: incentivi in favore del personale dipendente del SSN e rafforzamento delle risorse mediante reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico e sanitario e incremento del monte ore della medicina specialistica; potenziamento delle reti di assistenza territoriale attraverso la stipula di contratti con strutture private per l'acquisto di prestazioni, all'utilizzo di personale sanitario in servizio nonché dei locali e delle apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie private accreditate e non; edificazione di nuove aree sanitarie temporanee; incentivi per la produzione e fornitura di dispositivi medici; indennizzi a soggetti pubblici o privati per la requisizione, in uso o in proprietà, di presidi sanitari e medico-chirurgici, nonché di beni mobili di qualsiasi genere occorrenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Le misure sopra illustrate sono state avviate con decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020, conv. in 27/2020, c.d. 1 Decreto Cura Italia, per fronteggiare la prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio, durante la quale è stata anche sospesa l'ordinaria attività procrastinabile di ricovero ospedaliero con conseguente riconversione di unità operative di degenza o di servizi in reparti COVID-19 a media o alta intensità di cure, terapie semi intensive e terapie intensive.

Per affrontare la cd. fase di convivenza con il virus, l'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, conv. in L. n. 77 del 2020, cd. Decreto Rilancio, ha previsto un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del SSN mediante l'adozione di specifici piani regionali di riorganizzazione, in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19.

Le Regioni sono state impegnate ad istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero. Idonee risorse sono state destinate anche per gli incrementi tariffari da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio Sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19. Inoltre, per garantire maggiore supporto ai sistemi sanitari regionali è stata autorizzata l'istituzione, presso il Dipartimento della protezione civile, di unità composte da personale sanitario (medici e infermieri) e socio sanitario (OSS), reclutato su base volontaria attraverso appositi bandi.

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

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

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

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



a) affidamento diretto:

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

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

- per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a € 139.000 e fino alle soglie di cui all'art. 35 del d.lgs. n. 50/2016;
- per l'affidamento di lavori di importo pari o superiore a € 150.000,00 e inferiore a un milione di euro, ovvero di almeno dieci operatori per lavori di importo pari o superiore a un milione di euro e fino alle soglie di cui all'articolo 35 del d.lgs. n. 50/2016.

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

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

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

L'analisi svolta dall'ANAC - relativa agli affidamenti di servizi e forniture di natura sanitaria nel periodo 1 marzo - 9 aprile 2020, contenuta nella *Relazione annuale 2019* presentata alla Camera dei Deputati il 2 luglio 2020 -, ha confermato che la spesa per i soli apprestamenti sanitari destinati a fronteggiare l'emergenza in atto ha determinato, com'era prevedibile, un impatto molto rilevante sulla finanza pubblica, nonostante la permanente scarsità di tali beni per i destinatari finali, che siano

appartenenti a categorie protette o cittadini comuni. A questo dato, legato in parte alle naturali dinamiche del mercato connesse all'accaparramento di tali prodotti sullo scenario internazionale, non possono ritenersi estranei comportamenti speculativi e predatori da parte di soggetti variamente posizionati lungo la catena di fornitura, come già emerso da svariate indagini della magistratura. È evidente, peraltro, che queste spese erano destinate ad una crescita consistente nel breve-medio periodo, con riavvio delle attività durante il periodo successivo al *lockdown*, supportato da una più ampia e capillare distribuzione di dispositivi di protezione individuale e dei sistemi di diagnosi. La domanda di tali beni si è attestata su valori multipli rispetto a quelli relativi al periodo già trascorso, impegnando una quota ancora più ingente della spesa pubblica nazionale.

Il ricorso ad una procedura semplificata, strumento necessario nella drammatica contingenza, impone, dunque, alcune riflessioni, soprattutto qualora debba regolare, nell'ambito del rapporto tra pubblico e privato, requisiti, modalità e tempi correlati all'erogazione, da parte di un organo statale, di liquidità a titolo di finanziamento. La decretazione d'urgenza, infatti, ha creato flussi consistenti di denaro pubblico verso una moltitudine eterogenea di soggetti: persone fisiche, persone giuridiche, privati e appartenenti alla stessa pubblica amministrazione. Il maggior rischio di comportamenti criminosi ed in particolare il reato di corruzione potrebbero realizzarsi proprio nella dinamica sopra descritta, considerati gli interessi, anche illeciti, che gravitano attorno alle importanti risorse economiche messe a disposizione dal Governo.

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

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

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

## PNRR

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

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

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

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

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

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

## 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 DEMOGRAFICO**

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

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

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

## **IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

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

Dalla fine del mese di febbraio si è osservata una netta inversione di tendenza rispetto alla favorevole evoluzione della mortalità che aveva caratterizzato la stagione invernale 2019-2020. Nei mesi di marzo e aprile, infatti, contemporaneamente alla diffusione dell'epidemia di Covid-19 si è osservato un importante incremento dei decessi per il complesso delle cause rispetto al livello atteso sulla base della media del periodo 2015-2019. Durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila decessi (da marzo a maggio del 2020), 50 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, di cui oltre 45 mila relativi a residenti nel Nord del Paese. L'incremento nelle Regioni del Nord ha fatto registrare quasi un raddoppio dei decessi nel mese di marzo (+94,5%

rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019) e un incremento del +75,0% ad aprile. A partire dalla metà di ottobre 2020 diventano via via più evidenti gli effetti della Seconda ondata dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale. In termini assoluti si stima per i mesi di ottobre e novembre 2020 un aumento di decessi per il complesso delle cause di oltre 31 mila e settecento unità. In molte regioni del Nord l'eccesso di mortalità totale del mese di novembre supera quello del picco di marzo-aprile: in Friuli-Venezia Giulia l'incremento dei decessi registrato a novembre è pari a +46,9% rispetto a +21,1% di aprile.

Per quanto riguarda le classi di età, lo scostamento della mortalità dall'andamento precedente -rispetto al periodo in cui è iniziata l'emergenza- è ben evidente a partire dal mese di marzo 2020 per le età superiori ai 49 anni e aumenta al crescere dell'età. L'eccesso di mortalità è maggiore per gli uomini e per i grandi anziani: l'incremento di circa 50 mila decessi per il complesso delle cause riscontrato a livello nazionale per il periodo marzo-maggio 2020, rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019, è dovuto per il 72% all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più (36 mila e quattrocento decessi in più). Nei mesi di ottobre e novembre si osserva un fenomeno analogo, in quanto l'incremento complessivo dei decessi supera le 31 mila e settecento unità, di cui oltre 23 mila decessi in più nella classe di età da 80 anni in poi (che copre il 74% dell'aumento dei morti totali del bimestre).

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

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

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

## DENATALITÀ

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

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

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

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

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

novembre (-8,3% rispetto allo stesso mese del 2019) e dicembre (-10,7%), mesi in cui si cominciano a contare le nascite concepite all'inizio dell'ondata epidemica.

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

## IL CONTESTO ESTERNO SOCIO ECONOMICO E LA CRIMINALITÀ

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

L'Istituto opera in Friuli Venezia Giulia, una delle Regioni italiane territorialmente meno estese (7.932 kmq) che, al 1.1.2021, contava 1.198753 abitanti (fonte: Regione in cifre 2021, pubblicato nel mese di ottobre 2021).

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

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

Dalla classifica del Sole 24 ore sulla qualità della vita nelle province italiane anno 2021, che scatta una fotografia del paese attraverso 900 indicatori statistici, alla sua 32esima edizione, tre

province su quattro del Friuli Venezia Giulia si sono classificate entro le prime dieci posizioni: Trieste (1° classificata), Pordenone (7° classificata) e Udine (9° classificata).

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

Già da tempo l'Autorità Giudiziaria e le Forze dell'Ordine hanno registrato e segnalato situazioni che denotavano numerosi tentativi di infiltrazioni criminali di stampo associativo mafioso stimolati dalla ripresa economica locale, collegata ad un forte rilancio turistico e all'avvio di grandi opere infra-strutturali e portuali.

Il territorio, infatti, è stato interessato, negli ultimi anni, da ingenti investimenti finalizzati alla realizzazione di grandi opere quali, ad esempio la costruzione della terza corsia dell'autostrada A4 e l'ampliamento del Porto di Trieste, anche attraverso la realizzazione di una moderna piattaforma logistica.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### 2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

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

#### LE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

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

rispetto delle prescrizioni normative e ne assicurano la corretta e tempestiva pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale;

- assicura, ai sensi dell'art. 43, co.IV, D.Lgs. n. 33/2013, l'accesso civico, curandone il riesame nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta nei termini.

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

- l'integrazione dei compiti e poteri del RPCT con quelli degli organi di indirizzo, che provvedono ad assicurare lo svolgimento del suo incarico con piena autonomia ed effettività;

- la collaborazione con i dirigenti, sia in sede di mappatura dei processi che in fase di stesura del PTPCT e con tutti i dipendenti dell'Istituto;

- la sinergia tra il RPCT e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), al fine di coordinare gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione;

- la consultazione del titolare del trattamento dei dati personali (DG) e del responsabile per la protezione dei dati personali (DPO);

- la collaborazione e l'interlocuzione con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che deve poter svolgere compiutamente la propria attività di vigilanza sulla predisposizione e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013.

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

- accerta che a tutti i dipendenti nonché al personale convenzionato venga consegnata, a cura della struttura del personale, copia del vigente Codice di comportamento e Piano della prevenzione della corruzione; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; verifica l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici o strutture preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- pubblica entro i termini stabiliti dall'ANAC, sul sito web aziendale, una relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT e la sua trasmissione al direttore generale e all'organismo indipendente di valutazione;

- avvia le attività di audit e valuta il raggiungimento degli standard di trasparenza prefissati, anche a campione;
- può, in qualsiasi momento, richiedere al personale a qualunque titolo operante nell'Istituto di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che hanno sotteso alle scelte effettuate relativamente ai procedimenti e/o processi di competenza;
- può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- segnala al CIV, al DG ed all'OIV le eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e nei casi indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- riceve e prende in carico le segnalazioni da parte dei dipendenti di possibili condotte illecite, ponendo in essere gli atti necessari ad una preliminare attività di verifica ed analisi dei contenuti della segnalazione stessa (c.d. Whistleblowing).

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

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

Anno	Atto	Nomina
2013	Decreto n. 25 del 18/03/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione
	Decreto n. 67 del 14/06/2013	Responsabile della trasparenza
2014	Decreto n. 63 del 03/07/2014	Responsabile della prevenzione della corruzione
		Responsabile della trasparenza
2015	Decreto n. 90 del 02/09/2015	Responsabile della prevenzione della corruzione
	Decreto n. 87 del 13/08/2015	Responsabile della trasparenza

2016	Decreto n. 78 del 13/09/2016	Proroga degli incarichi attribuiti ai Responsabili aziendali della prevenzione e della corruzione e della trasparenza con decreto n. 87/2015
2017	Decreto n. 134 del 31/10/2017	Proroga degli incarichi aziendali di cui al citato decreto n. 78 fino al 31/10/2017. Nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione a far data dal 01.11.2017 ed individuazione del Gruppo tecnico multidisciplinare Anticorruzione e Trasparenza
2018	Decreto n. 69 del 31/05/2018	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Decreto n. 107 del 17/09/2018	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
2019	Decreto n. 119 del 11/09/2019	Rinnovo dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza già attribuito con decreto n.107/2018.
2020	Decreto n. 130 del 21/10/2020	Rinnovo dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza già conferito con decreto n. 107/2018 e rinnovato con provvedimento n. 119/2019.
2021	Decreto n. 110 dd. 21/9/2021	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
2022	Decreto n. 166 dd. 6/10/2022	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

### **ALTRI SOGGETTI RESPONSABILI**

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

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

- l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
- Gli stakeholders
- i Collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto.

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

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

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

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

- S.C. Ingegneria clinica, Informatica e Approvvigionamenti;
- SC Gestione Economico Finanziaria;
- SC Affari Generali e Legali;
- SC Gestione Tecnica e realizzazione del nuovo ospedale;
- SSD Politiche del Personale;

- SSD Programmazione e Controllo;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Scientifica;
- Ufficio Formazione.

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

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

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

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

Ai sensi della normativa vigente, l'OIV:

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

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

Gli Stakeholder: l'Istituto ascolta le segnalazioni e le proposte di cittadini, fornitori di beni e servizi, associazioni di volontario e del terzo settore, enti ed istituzioni di riferimento, etc ed esercita a sua volta un'attività di sensibilizzazione. Per l'adozione del PTPCT 2022-2024 è stato pubblicato

sul sito web aziendale un apposito invito agli stakeholders a formulare proposte/osservazioni. Non sono giunte osservazioni.

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

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

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

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

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

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

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



dalla programmazione regionale e dal miglioramento dell'integrazione in ambito pediatrico e materno infantile con le Aziende regionali.

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

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

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

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

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

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

## ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

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

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

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

Obiettivo del 2021 è stato quello di aumentare l'attività, riportandone i volumi ai livelli pre-pandemici (anno 2019). In particolare, dal mese di luglio, grazie all'utilizzo del finanziamento per il recupero delle liste d'attesa, ex DL 104/2020, è stata rivista la programmazione dell'attività ambulatoriale e degli interventi chirurgici secondo le regole definite dalla DGR 1036/2021. Il trend in recupero è stato rallentato/neutralizzato dalla critica situazione dell'organico del personale medico, in particolare anestesista e ostetrico ginecologo, a causa della quale l'effetto delle risorse investite è stato solo quello di contenere una ulteriore riduzione dell'attività.

La numerosità delle prestazioni erogate è stata, inoltre, condizionata dagli effetti della pandemia (sospensione di interventi per positività o quarantena, difficoltà nel reclutamento dei pazienti extraregione, sospensione delle attività per assenze del personale, ...), soprattutto per l'area pediatrica medica.

La contrazione dell'attività di *day hospital*, soprattutto in area pediatrica, è, in parte, determinata dal trasferimento al regime ambulatoriale di prestazioni erogate a scopo diagnostico in regime di ricovero diurno.

Nel corso dell'anno n. 9 sedute operatorie sono state assegnate alla Chirurgia e alla Urologia dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), per l'esecuzione di interventi per patologia oncologica non eseguiti a causa della sospensione dell'attività finalizzata al recupero di risorse da dedicare alla gestione della pandemia.

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

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

## AREA PEDIATRICA MEDICA

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

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

La Pediatria d'urgenza ha registrato un incremento dell'attività di ricovero, sia nei posti letto dedicati al Covid che in quelli ordinari. Questo trend ha caratterizzato anche la Neuropsichiatria infantile, i cui ricoveri ordinari hanno registrato un aumento del 20% rispetto alla fase pre pandemica, per ragioni che possono essere ricondotte al disagio adolescenziale secondario dovuto all'isolamento e alla mancanza di socialità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **AREA CHIRURGICA PEDIATRICA**

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

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

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

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

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

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

## **AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA**

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

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

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

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

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

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

Confronto triennio

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

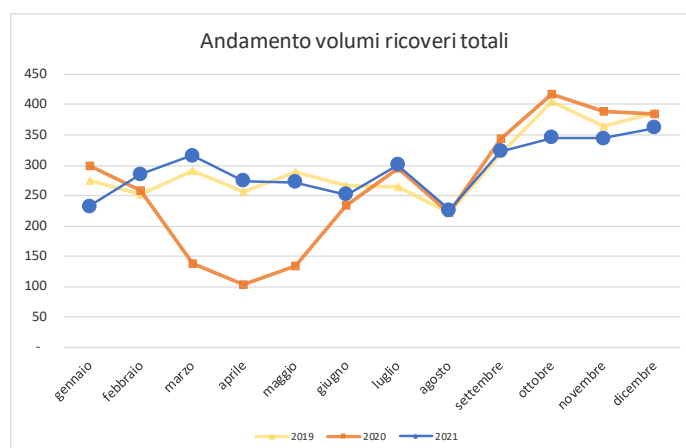
	2019	2020	2021	Δ% 2021/2020
Numero parti totale di cui:	1.371	1.415	1.351	-4,52%
Parti cesarei	256	209	204	-2,39%

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

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

Tabella 2: andamento ricoveri gennaio – dicembre. Confronto triennio

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



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

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

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

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

Fonte dati: Cupweb agg. 18/01/2021

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

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

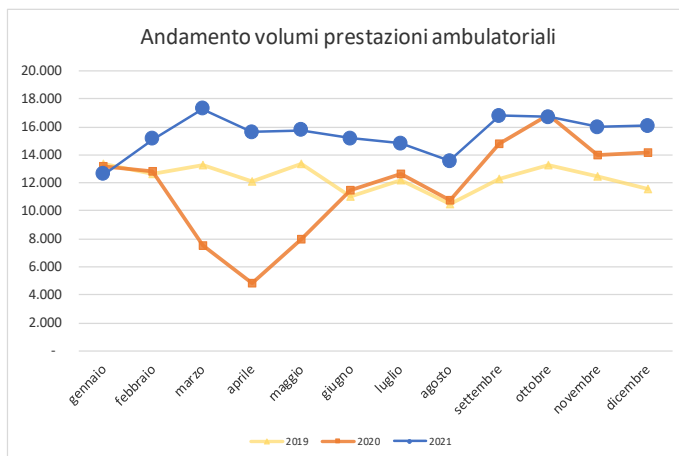
	Burlo Garofolo	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	TOTALE
(*) SC U Clinica Pediatrica	8694	0	0	8.694
% attività ASS 5 sul totale (volumi)	0%			



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

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

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



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

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

Nel corso del 2021, in seguito alla revisione dello stato dell'arte dello screening per l'identificazione precoce della fibrosi cistica (evidenze scientifiche recenti, epidemiologia, dati relativi alla situazione italiana e del FVG, attività di coordinamento regionale) si è deciso di

introdurre tale screening in Regione. È stata inviata alla DCS la nota prot. 1189/2022 contenente la proposta per l'implementazione del programma regionale, indicando anche il costo unitario e per il quale si chiede specifico finanziamento.

### 2.3.3 Mappatura dei processi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **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.

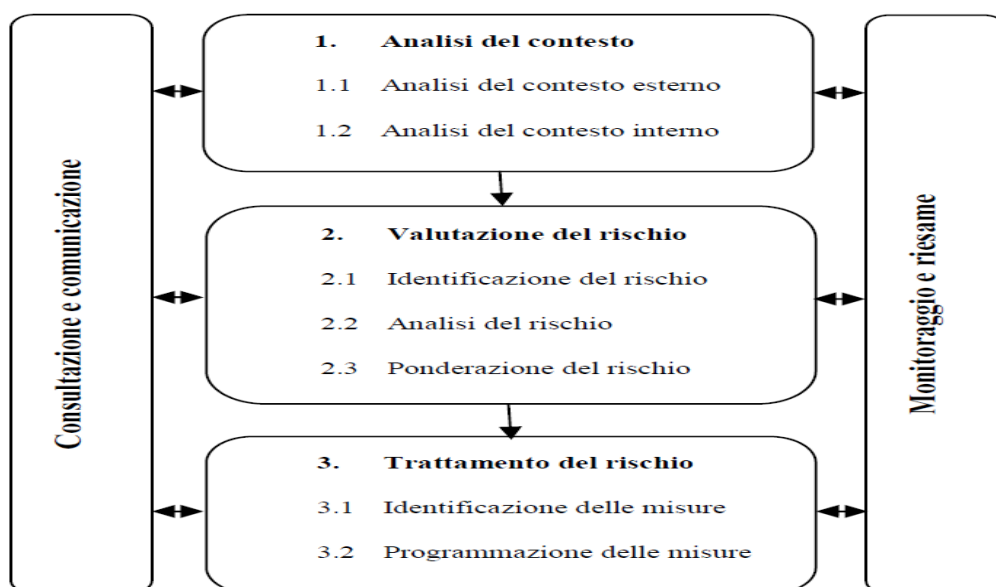
Nei primi mesi del 2018 è stato effettuato il passaggio alla nuova edizione della norma ISO 9001:2015 che incentra il proprio "concept" sull'analisi del contesto e del rischio di processo. L'evidenza di tale passaggio è da tempo concretizzata nelle analisi Swot periodiche e nella rivisitazione sistematica 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 2019 è avvenuto il rinnovo della certificazione di qualità della Direzione Amministrativa e delle altre Strutture già precedentemente certificate e, nel 2020-2021, sono state effettuate le necessarie azioni in vista dell'ulteriore conferma, nonché l'estensione della certificazione ad altre articolazioni organizzative dell'Istituto, nell'ottica di un continuo miglioramento.

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

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

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



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 programmatici e ai suggerimenti dell'esperienza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

Il Registro degli eventi rischiosi contempla le attività/procedure afferenti alle *aree di rischio generali* ed alle *aree di rischio specifiche* come previsto nell'aggiornamento al PNA 2015, confermato nel PNA 2016 e consolidato con il PNA 2019. In particolare, per quanto d'interesse, nel Registro (Allegato 1 al presente Piano) vengono elencati i seguenti processi:

### A) processi associati ad aree generali di rischio:

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

### B) processi associati ad aree specifiche di rischio:

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

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

- Prima area:
  - Gestione del magazzino: processo n. 4
  - Gestione progetti di ricerca: processo n. 12
- Seconda area:
  - Rimborsi diversi: processo n.18
- Terza area:
  - Formazione personale: processo n. 21, articolato in più fasi

- Gestione della qualità ed accreditamento: processo n.25
- Tutela del cittadino: processo n.31
- Quarta area:
  - Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN: processo n. 7, articolato in più fasi
  - Prestazioni ambulatoriali a pagamento o ALPI: processo n. 8, articolato in più fasi.

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

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

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

#### PREVISIONE DELLE AREE GENERALI E MISURE ADOTTATE

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

- contratti pubblici: le strutture che si occupano di acquisti - SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti e SC Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale - hanno adottato idonee procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi inseriti nel Registro degli eventi rischiosi e identificati con nn. 1,2,3,4 per la prima struttura e n. 22 per la seconda. L'attuazione delle misure e la loro idoneità sono state verificate in sede di *audit* come da verbale del 15.11.2021, prot.n. 1964/2021, agli atti. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del d.lgs. 50/2016, ai sensi del quale le procedure a evidenza pubblica sono svolte attraverso piattaforme telematiche di negoziazione, le competenti strutture utilizzano il portale Acquisti in rete PA (MEPA) e la piattaforma telematica e-AppaltiFVG quale sistema e-procurement della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, nell'osservanza del Codice degli Appalti, delle Linee Guida ANAC e di ogni altra normativa vigente applicabile. Nell'ambito dell'affidamento di appalti di servizi, lavori e forniture, ai sensi del d.lgs. 50/2016 ("codice appalti) e ss.mm., è sancito il rispetto del principio di rotazione degli inviti ai fini dell'affidamento degli appalti sottosoglia, in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese. In osservanza di detto principio la SC Ingegneria Clinica, Informatica ed Approvvigionamenti tende a non invitare nelle procedure negoziate di cui all'art. 36 del D.Lgs 50/2016 il precedente affidatario, laddove il mercato lo consenta e non ci si trovi di fronte ad esclusività accertate di prodotti e/o fornitori, tenuto conto delle ipotesi di derogabilità riportate dalle Linee Guida n. 4 dell'ANAC. Come già evidenziato, con decreto n. 53/2022 è stato adottato il Regolamento per gli affidamenti sotto soglia.



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

- acquisizione e gestione del personale: la struttura del personale garantisce le procedure per l'acquisizione del personale dipendente e non dipendente secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia, come esplicitamente previsto nel processo n. 6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit (cfr. verbale del 18.11.2021 prot. n. 1964/2021 agli atti).
  - acquisizione del personale: dal mese di settembre 2019 è stata informatizzata la linea di attività "acquisizione del personale" con l'acquisto del software "Piattaforma web ISON e GECO" per una completa gestione informatizzata (dalla istanza di partecipazione alla graduatoria finale) delle procedure di cui alla citata linea (conforme al Regolamento Europeo GDPR 2016/679). Al fine di evitare che i bandi possano essere configurati su caratteristiche specifiche di un determinato potenziale concorrente, i requisiti e la tipologia di prove da sostenere nelle procedure selettive sono congiuntamente definiti dal Responsabile della struttura a cui la risorsa è destinata, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo, conformemente e nel rispetto della normativa concorsuale vigente. Sono altresì acquisite le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità dei commissari di concorso e annualmente si provvede ad effettuare le verifiche con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dagli stessi, utilizzando specifica modulistica. I controlli si sostanziano nella:
    - 1. attivazione della procedura "certificazione massiva/CERPA", coinvolgendo l'Ufficio locale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale;
    - 2. verifica presso gli uffici Anagrafe e Stato Civile di riferimento con richiesta di certificazione dello stato di famiglia. Nel corso del 2020 si è provveduto ad ampliare l'utilizzo del software sopra citato anche per l'espletamento delle selezioni per l'attribuzione di incarichi libero professionali (ex art. 7 comma 6 del D.lgs 165/2001 e s.m.i.) e di mobilità. In tale contesto è stato altresì previsto il passaggio all'utilizzo del software, nel corso del 2021, anche per l'espletamento delle selezioni per l'attribuzione di Borse di studio.
  - gestione del personale: anche l'attività "gestione delle presenze e delle assenze" dei lavoratori è tenuta sotto controllo con l'introduzione del sistema informatizzato di richieste di ferie e permessi. L'Istituto si è avvalso dal mese di giugno 2013 dell'applicativo Self Service del Dipendente (SSD). Tale applicativo ha avuto il fine di rendere disponibili una serie di funzionalità fruibili direttamente dal dipendente e dai responsabili sul portale intranet dell'Istituto. Il software ha migliorato l'efficienza e la qualità del processo aumentando la rapidità decisionale. Inoltre, ha consentito la tracciabilità informatica della richiesta e la tracciabilità della risposta con le relative date. Nel corso dell'anno 2019 si è proceduto ad informatizzare ulteriori attività in particolare quella di

tutoraggio e docenza per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica/o, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione, di cui alla delibera di Giunta regionale FVG n. 2627/2016 e s.m.i.. Alla data del 01.07.2021 il sistema di gestione delle presenze assenze, del trattamento giuridico ed economico è stato sostituito da un nuovo sistema denominato JOBTIME della società GPI. Contestualmente, anche l'applicativo Self Service del Dipendente (SSD) è stato sostituito da un nuovo software "Portale del dipendente". Alla data di redazione del presente piano il citato nuovo portale è in fase di assestamento con l'obiettivo di rendere le medesime funzionalità garantite dal sistema precedente.

- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio: la SC Gestione Economico Finanziaria ha adottato procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nei processi nn. 13, 14, 16, 17 del Registro degli eventi rischiosi e verificati in sede di audit come da verbale del 23.11.2021, prot.1964 dd. 13.12.21, agli atti. Per quanto concerne la certificabilità dei bilanci (Percorsi attuativi per la certificazione dei bilanci), che rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo- contabile, la Regione Friuli Venezia Giulia, nel corso del 2018, ha concluso la fase sperimentale presso il CRO di Aviano. Secondo quanto indicato nelle "Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020. Approvazione definitiva" di cui alla DGR n.2195/2019, l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha predisposto, nel corso dell'anno 2020, il capitolato per l'acquisizione di un sistema informativo contabile e economato che soddisfi la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende. Tale acquisizione è stata rimandata nel 2021 e, come previsto dalle Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2021 di cui alla DGR 189/2021, le Aziende sono state chiamate a contribuire alle analisi del processo organizzativo per un'adeguata implementazione del sistema. Nel corso del 2022, da cronoprogramma a luglio, le due aziende pilota (ASUGI ed ARCS) avvieranno la sperimentazione del nuovo sistema.
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni: i processi d'interesse riportati nel Registro degli eventi rischiosi sono il n. 28 "Gestione sicurezza aziendale in capo al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPPA) e il n. 29 "Gestione del rischio clinico", in capo al Risk Manager (Direttore Sanitario) entrambi articolati in più fasi e verificati in sede di audit come da verbale del 18.11.2021, prot.1964, agli atti, in un'ottica di massima integrazione.
- incarichi e nomine: la struttura del personale garantisce le procedure per le prove selettive interne secondo la normativa nazionale e i regolamenti vigenti in materia come esplicitamente previsto nel processo n.6 del Registro degli eventi rischiosi e verificato in sede di audit come da verbale del 18.11.2021, prot.1964/2021, agli atti. L'Istituto, con decreto n. 108 del 7 dicembre 2016, ha adottato il "Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali" al fine di dare attuazione all'Atto Aziendale vigente, approvato con decreto n. 100/2016. Rilevato, però, che il Regolamento adottato nel 2016 non aveva potuto contemplare

l'individuazione, la graduazione, la valorizzazione ed attribuzione degli incarichi relativi alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, l'Istituto ha preso atto che in data 19 dicembre 2019 è stato firmato il CCNL dell'Area Sanità triennio 2016-2018 il quale ha stabilito che, nella nuova area di contrattazione, oltre alla dirigenza medica e sanitaria, è confluita anche la dirigenza delle professioni sanitarie precedentemente regolamentata dai CCNL dell'area III. Alla luce di quanto sopra esplicitato, l'IRCCS con successivo decreto n. 50 del 26.05.2021 rubricato "Integrazione del - Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali- adottato con decreto del Direttore Generale n. 108 del 07.12.2016." ha ridefinito i parametri organizzativi e gestionali degli incarichi, i corrispondenti livelli di graduazione, la conseguente valorizzazione nonché le modalità per il conferimento degli incarichi stessi secondo quanto stabilito dalla legislazione vigente e dai CCNL. Con decreto n. 110/2016, è stato approvato il documento denominato "Individuazione e graduazione delle Strutture Semplici e degli incarichi dirigenziali dell'IRCCS Burlo Garofolo", modificato e integrato con successivi decreti n. 113/2017, n. 130/2017, n. 146/2017, n. 101/2018, n. 84/2019, n. 113/2019 e n. 129/2019. Come nel 2020, anche nel corso del 2021 si è reso necessario provvedere alla copertura di nuovi incarichi con i principi contenuti nel Regolamento suddetto. Il conferimento di tutti gli incarichi dell'IRCCS ha avuto sempre carattere progressivo e graduale e, in analogia agli anni precedenti, anche nel 2021 si è provveduto ad attivare le procedure di selezione per il conferimento degli incarichi d'interesse, pubblicando appositi bandi interni ex art. 10 del citato "Regolamento di individuazione, graduazione, valorizzazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali". Tali incarichi hanno una durata stabilita e decorrono dalla data di sottoscrizione del disciplinare di incarico e per la durata di 5 anni o durata inferiore qualora dovessero sopravvenire, nel corso di vigenza, ragioni organizzative e/o ulteriori disposizioni normative, legislative o regolamentari che comportino modifiche all'assetto istituzionale dell'Istituto. L'atto viene poi trasmesso alle Delegazioni Sindacali dell'area contrattuale di riferimento per opportuna informazione. Ai sensi dell'art. 10 del Regolamento succitato, è inoltre prevista una valutazione comparata dei curricula dei Dirigenti, che hanno presentato domanda, da parte del Responsabile della struttura complessa o semplice dipartimentale cui afferisce l'incarico a selezione; agli atti della SSD Politiche del Personale sono conservate le note con cui i Responsabili delle Strutture hanno attestato l'avvenuta ricezione delle candidature e con le medesime, sentita la Direzione Sanitaria, hanno proposto l'affidamento dell'incarico professionale ai dirigenti ritenuti idonei all'espletamento delle funzioni d'interesse.

- affari legali e contenzioso: la SC Affari Generali e Legali ha adottato da tempo procedure munite di indicatori anticorruzione come esplicitamente previsto nel processo n. 20, articolato in più fasi, del Registro dei rischi 2020 e verificato in sede di audit (cfr. processo verbale del 13.12.2021, prot.n. 1964, agli atti).
- Per l'affidamento di incarichi di patrocinio legale, proceduralizzato con atto *sub pro-aff-gen* n. 12 prot. 9495/2016, è stato istituito presso l'IRCCS un elenco di avvocati, a seguito di avviso aperto, cui i professionisti si possono iscrivere se in possesso dei requisiti richiesti. Quando sussiste la necessità di concretizzare il conferimento dell'incarico, il professionista viene individuato nell'ambito del predetto elenco in base

a criteri predeterminati e individuati nella procedura stessa. Al professionista selezionato si chiede di manifestare formalmente la propria disponibilità e l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità o conflitto di interessi. Per quanto concerne la gestione del contenzioso, la S.C. AA.GG.LL. osserva puntualmente la specifica procedura elaborata a tal fine, aggiornata periodicamente (pro-aff-gen n. 07 prot. 1542/2019). La procedura si articola distinguendo tra tipologia di contenzioso:

a) contenzioso derivante dalla RC terzi: la gestione è demandata all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute che opera in stretto raccordo con la S.C. AA.GG.LL., attraverso un percorso di progressiva condivisione, partendo dalla valutazione dei sinistri e/o dei contenziosi, per poi analizzare la richiesta risarcitoria, predisporre gli approfondimenti peritali medico-legale del caso, sino ad arrivare alla decisione di transazione o di reiezione/resistenza in giudizio;

- b) contenzioso in materie diverse dalla RC terzi: la fase di studio e l'istruttoria vengono effettuate direttamente dalla S.C. Affari Generali e Legali che provvede alla segnalazione, se del caso, alla Compagnia assicuratrice che garantisce il rischio tutela giudiziaria nel caso di attivazione del patrocinio legale a favore dei dipendenti eventualmente coinvolti nella vertenza.

## PREVISIONE DELLE AREE SPECIFICHE E MISURE ADOTTATE

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

- attività libero professionale e liste d'attesa: Il processo d'interesse, indicato nel Registro degli eventi rischiosi, è il n. 5. L'attività libero professionale è disciplinata da apposito Regolamento adottato con decreto n. 73/2018 e successivamente rettificato con provvedimenti n. 143/2018 e n. 41/2019; nel 2018, come previsto nel Registro dei Rischi, è stata adottata la procedura di gestione PROAFFGEN\_0018\_00 (prot.n. 5745 dd. 10.07.2018) munita di idonei indicatori di prevenzione della corruzione. L'osservanza della procedura è stata verificata in sede di audit come da verbale del 13.12.2021, prot.n. 1964, agli atti. Nel corso dell'anno 2022 auspicabilmente si provvederà all'aggiornamento dei testi (regolamentare e procedurale) in osservanza delle linee generali di indirizzo adottate, in applicazione dell'art. 6 CCNL dell'area sanità sottoscritto il 19 dicembre 2019, dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia con delibera giunta n. 1765 dd. 19.11.2021.
- i processi relativi alla gestione delle liste d'attesa, elencati nel Registro degli eventi rischiosi, sono i nn. 7, 8, 9 e 10, tutti in capo all'Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitaria e Centro Unico di Prenotazione (CUP). Il controllo delle liste d'attesa, il cui rispetto rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), è costantemente effettuato dalla Direzione Sanitaria così come specificato nella vigente procedura CUP PRO\_CUP\_001 di prenotazione, eventualmente anche tramite il sistema informatico, considerato quale efficace misura di contrasto alla corruzione. Si tratta di attività sotto costante monitoraggio regionale e ministeriale; il monitoraggio in relazione all'Attività libero professionale è effettuato in sede di rendiconto della Libera Professione da parte della Direzione Sanitaria come prescritto dalla Procedura citata. L'osservanza della procedura è stata verificata in sede di audit come da verbale del 11.11.2021, prot.n. 1964/2021, agli atti.

- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni: i processi d'interesse, inseriti nel Registro degli eventi rischiosi, sono identificati con il n. 12 (gestione progetti di ricerca), n. 19 (Sperimentazioni cliniche - farmaci, dispositivi, studi osservazionali), n.23 (già sopra menzionato), rubricato "Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie", che, nella fase 1, prevede l'acquisizione e l'approvvigionamento di dispositivi medici e tecnologie per la ricerca, e il n. 29, prima fase, rubricata "Gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali", in capo a diverse articolazioni aziendali. Detti processi sono stati verificati in sede di audit come documentato nel verbale prot.n. 1964/2021, agli atti. Nel 2018 è stato adottato il Regolamento per la disciplina delle sponsorizzazioni (prot. 1581 dd.23.02.2018) che norma le modalità di ricerca e gestione delle sponsorizzazioni a garanzia delle strategie aziendali. Il testo regolamentare è stato aggiornato nel 2020 nei termini di cui alla bozza allegata alla nota prot. gen.int. n. 1455 dd. 24.08.2020. Con decreto n. 194 dd. 31.12.2019 è stato approvato il Regolamento per la disciplina dell'informazione tecnico-scientifica nell'ambito dell'IRCCS Burlo Garofolo. Il testo regolamentare è stato elaborato in attuazione di quanto previsto *sub* punto 3.3.7 dell'allegato alla DGR n. 448 dd. 22.03.2019, recante l'approvazione in via definitiva delle "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019". Scopo del Regolamento è quello di presidiare i processi sottesi alla formazione, all'informazione ed all'aggiornamento scientifico del proprio personale al fine di assicurare che gli stessi siano rivolti al miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, all'appropriatezza ed all'uso razionale del farmaco, dei dispositivi e dei prodotti dietetici, nel rispetto delle prescrizioni contenute nei Codici Deontologici professionali, ed all'assenza del conflitto d'interessi tra i rappresentanti delle pubbliche amministrazioni ed i rappresentanti delle aziende private. Le "Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2020", approvate con DGR n.2195/2019, hanno previsto che, nel corso dell'anno 2020, venisse data progressiva attuazione alle previsioni regolamentari adottate nel 2019, condividendone la finalità con tutti gli operatori interessati dell'IRCCS. L'attuazione è stata demandata alla Direzione Sanitaria ed alla SSD Farmacia.
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero: la Direzione Sanitaria sovrintende alle attività di cui al vigente Regolamento di Polizia mortuaria e si avvale dei servizi trasporto salme -in appalto EGAS, oggi ARCS- presso i servizi cimiteriali comunali e del servizio di anatomia patologica dell'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, già Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, ove necessario. Come già specificato, sono escluse dalle previsioni del presente piano tutte le attività per cui l'IRCCS, al pari delle altre Aziende del SSR, si avvale, ai sensi della L.R. n. 27 dd. 17.12.2018, dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), già Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS).

## PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI

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

continuità dell'azione e/o intercettare criticità che hanno reso inadeguata la misura stessa. Le misure generali adottate dall'Istituto sono le seguenti:

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

## **IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE**

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

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

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

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

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

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

## LA ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## OBBLIGO DI ASTENSIONE/CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

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

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

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

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

## **INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI**

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

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

Nel corso del 2022 la SSD Politiche del personale proseguirà ad effettuare le verifiche richieste dal Piano Anticorruzione con controlli a campione delle dichiarazioni di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme.

I controlli previsti sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);

- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001.

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

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

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

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

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

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

relativamente all'oggetto della procedura di gara, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ente.

## **TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con delibera n. 469 dd. 9.6.2021 l'ANAC ha adottato le nuove "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un

rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)". Nel corso del 2022 la procedura dell'Istituto verrà auspicabilmente rivalutata in considerazione delle nuove disposizioni ed eventualmente adeguata alle stesse. Va altresì evidenziato che l'anno in corso sarà decisivo ai fini del recepimento da parte dell'ordinamento italiano della direttiva UE 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione. L'iter prevede che il Governo adotti un decreto legislativo su delega del Parlamento, modificando il quadro regolatorio della L. 179/2019.

## FORMAZIONE

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

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

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

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

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

Lo stato emergenziale che ha caratterizzato l'intera annualità 2020 e 2021 non ha consentito l'attivazione dei corsi come auspicato. È stata programmata per l'anno 2022 la formazione in materia



di anticorruzione e trasparenza da estendere a tutto il personale dell'Istituto, come da cronoprogramma del PTPCT 2021-2023.

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

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

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

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

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

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



## PATTO DI INTEGRITÀ

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

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

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

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

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

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

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

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

## LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

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

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

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

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

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

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

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

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

Non si rilevano casi d'interesse nel contesto aziendale.

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

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

- MISURE DI CONTROLLO volte a verificare il numero di controlli effettuati su un numero di pratiche/provvedimenti:
  - la misura può essere declinata diversamente a seconda dei soggetti coinvolti nell'attività (ad es. duplice valutazione istruttoria del dirigente e funzionario preposto o la previsione di più funzionari per lo svolgimento delle attività interessate -firma di più funzionari-);
  - l'indicatore di attuazione può essere formulato diversamente a seconda del tipo di attività istruttoria svolta: percentuale delle richieste/istanze valutate congiuntamente dal dirigente e dal funzionario, sul totale delle richieste/istanze pervenute o percentuale dei verbali a firma di più funzionari sul totale di quelli redatti.
- MISURE DI TRASPARENZA volte a verificare la presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione. Un esempio può essere:
  - la condivisione, attraverso risorse di rete, della documentazione relativa alle attività in corso con il relativo indicatore: numero di documentazione inserita nel sistema di rete rispetto al numero di documentazione totale inerente all'attività;
- MISURE DI REGOLAMENTAZIONE volte a verificare l'adozione di un determinato regolamento/procedura:
  - la misura può essere declinata diversamente in ragione del profilo e/o della circostanza su cui si focalizza l'attenzione (ad es. rispetto dei termini procedurali previsti dalla normativa o dal regolamento di settore; rispetto delle previsioni e dei criteri indicati dalla normativa o dal regolamento di settore);
  - l'indicatore di attuazione può essere formulato diversamente a seconda dell'elemento sul quale si vuole focalizzare l'attenzione (ad es. percentuale delle istruttorie che rispettano termini procedurali sul totale delle istruttorie avviate; percentuale delle istruttorie che rispettano le previsioni ed i criteri contenuti nella normativa o nel regolamento sul totale delle istruttorie avviate);

- MISURE DI SEMPLIFICAZIONE O DI ORGANIZZAZIONE DI PROCESSO volte a verificare la presenza o meno di documentazione o di dispositivi che sistematizzino e semplifichino i processi. Alcuni esempi sono:
  - la stesura di linee guida/regolamenti/procedure per l'elaborazione dei dati e per la standardizzazione dell'esame dei singoli casi con il relativo indicatore: approvazione delle linee guida regolamenti/procedure;
  - l'informatizzazione del processo istruttorio con il relativo indicatore: numero dei processi informatizzati su numero dei processi per i quali è stata prevista l'informatizzazione;
  - l'utilizzo di un gestionale per il monitoraggio delle attività dell'Ufficio con il relativo indicatore (es. percentuale delle istruttorie svolte usando un sistema di gestione informatizzato sul totale delle istruttorie avviate).

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

In particolare sono state identificate:

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

### 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 2022-2024, le scadenze di seguito indicate:

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
30/4/2022	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2022-2024	Direttore generale su proposta Responsabile RCPT
31/5/2022	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RCPT
In corso d'anno 2022 con scadenze predefinite nell'allegato Registro dei rischi	Attività previste nell'allegato 1 "Registro dei rischi"	Responsabile del processo ( <i>Process owner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i> )

<b>Termini</b>	<b>Interventi</b>	<b>Soggetti competenti individuati</b>
31/07/2022	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo ( <i>Process owner</i> )
31/08/2022	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni e le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente ed oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
31/10/2022	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità sorte nell'applicazione delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
30/11/2022	Proposta di inserimento nel piano annuale della Formazione 2023 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Responsabile RPCT
30/11/2022	<i>Audit</i> di verifica su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i processi individuati</li> <li>- Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte</li> <li>- Conformità della conferma o meno del grado di rischio, attraverso scheda</li> </ul> Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare + Responsabile del processo ( <i>Processowner</i> ) + Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2022	Eventuale Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio	Responsabile RCPT + SSD Programmazione e controllo + Ufficio Qualità aziendale
15/12/2022 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale di una relazione annuale sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'OIV	Responsabile RPCT
31/01/2023 o altra data definita dall'ANAC	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2023-2025 con aggiornamento del Registro dei rischi	Direttore Generale su proposta Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
28/02/2023 entro un mese dall'adozione PTPCT	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RPCT
In corso d'anno 2023 con scadenze predefinite nel registro dei rischi	Attività previste nel "Registro dei rischi" allegato al nuovo Piano	Responsabile del processo ( <i>Processowner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i> )

<b>Termini</b>	<b>Interventi</b>	<b>Soggetti competenti individuati</b>
30/06/2023	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo ( <i>Processowner</i> )
31/07/2023	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente ed oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
30/09/2023	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità sorte nell'applicazione delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
31/10/2023	Proposta di inserimento nel piano annuale della Formazione 2024 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Responsabile RPCT
31/10/2023	<i>Audit</i> di verifica su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i processi individuati</li> <li>- Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte</li> <li>- Conformità della conferma o meno del grado di rischio, attraverso scheda</li> </ul> Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare + Responsabile del processo ( <i>Processowner</i> ) + Responsabile Ufficio Qualità aziendale
15/12/2023	Eventuale Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio	Responsabile RCPT + SSD Programmazione e controllo + Ufficio Qualità aziendale
15/12/2023 o altra data definita dall'ANAC	Pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta e trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'OIV	Responsabile RPCT
31/01/2024 o altra data definita dall'ANAC	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2024-2026 con aggiornamento del Registro dei rischi	Direttore Generale su proposta Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare
28/02/2024 entro un mese dall'adozione PTPCT	Divulgazione a tutto il personale del PTPCT	Responsabile RPCT
In corso d'anno 2024 con scadenze	Attività previste nel "Registro dei rischi" allegato al nuovo Piano	Responsabile del processo ( <i>Processowner: in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo</i> )

Termini	Interventi	Soggetti competenti individuati
<i>predefinite nel registro dei rischi</i>		
30/06/2024	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per i singoli processi	Responsabile del processo ( <i>Processowner</i> )
31/07/2024	- Produzione di <i>file</i> riepilogativo di tutte le valutazioni le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente e oggetto di monitoraggio intermedio - Invio <i>file</i> al Gruppo multidisciplinare	Responsabile RCPT
30/09/2024	Riunione del Gruppo Multidisciplinare per le eventuali criticità insorte nell'applicazione delle misure di contenimento per i processi a rischio (medio, alto, molto alto). La riunione non è obbligatoria in assenza di criticità	Responsabile RPCT + Gruppo multidisciplinare

Inoltre, a seguito dell'avvenuta adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (o sezione di PIAO) e del *Registro dei rischi (All 1)* è stata aggiornata la mappatura dei processi, attribuendo a ciascuno di essi il relativo grado di rischio, tenendo conto dell'esito degli *audit* effettuati nel mese di novembre dell'anno precedente e della rivalutazione eseguita in applicazione della nuova scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio (**All. 2**).

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

Nel corso dell'anno il RPCT richiama l'attenzione dei *process owner* sulla necessità di monitorare il grado di raggiungimento delle misure di contenimento del rischio, così come proposte nel citato Registro, e richiedendo agli stessi di inoltrare una relazione illustrativa infrannuale (di norma, entro il 31 luglio di ogni anno).

Il RPCT produce un *file* riepilogativo delle evidenze ricevute per i processi suindicati ed oggetto di monitoraggio intermedio che viene successivamente inviato al Gruppo Multidisciplinare di supporto per la validazione di eventuali criticità insorte nell'applicazione delle misure di contenimento dei processi a rischio, nel corso di una riunione da programarsi entro il 31 ottobre 2022, come da previsioni di Piano.

Rimane facoltà dei *process owner*, attraverso un percorso di condivisione con le articolazioni organizzative coinvolte nei singoli processi, sviluppare la descrizione delle fasi del processo e, per ciascuna di esse, individuare *ex novo* il relativo rischio -utilizzando la predetta Scheda di valutazione del livello di esposizione al rischio -, le eventuali misure da adottare per l'abbattimento dello stesso e le relative modalità per il monitoraggio.

Analogamente, viene richiesto relazionare sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'elenco approvato nell'ambito della pianificazione annuale (**Al. 3**), ciascuna articolazione aziendale per le parti di rispettiva competenza, tenuto conto dei contenuti previsti e delle tempistiche di aggiornamento indicati, evidenziando eventuali criticità.

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.

A conclusione dell'audit annuale il RPCT produce un report riepilogativo delle risultanze, che viene condiviso con la Direzione aziendale, il Gruppo multidisciplinare e con tutti i process owner.

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.

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

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

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



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

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

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

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

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

## **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 8.

## VERIFICA DA PARTE DI SOGGETTI ESTERNI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il presente Piano è reso noto a tutto il personale dell'Istituto. A tale fine è diffuso con la mail istituzionale e pubblicato sul sito internet dell'IRCCS. Per garantire un adeguato livello di

trasparenza e di sviluppo della cultura dell'integrità, l'IRCCS dà seguito a iniziative di diffusione dei contenuti del Piano e dei dati pubblicati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

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

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

La sezione Amministrazione Trasparente dell'IRCCS è stata progettata ed implementata secondo le specifiche disposizioni di legge, in particolare secondo la struttura prevista nell'allegato al d.lgs 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC n. 1310/2016.

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

I singoli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" sono indicati nella "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 3 al presente Piano, in cui sono evidenziati, in particolare i documenti e gli adempimenti e le articolazioni aziendali assoggettati all'obbligo, i modi e i tempi di pubblicazione in conformità alle disposizioni del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.

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

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

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

I dirigenti responsabili delle strutture indicate nella colonna «strutture e soggetti tenuti a invio dati e documenti» della Tabella dell'allegato 3, effettuano l'invio tempestivo e completo di tutti i dati e documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai dirigenti o al personale, espressamente individuato, delle strutture indicate nella colonna «strutture tenute alla pubblicazione» della medesima tabella.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

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

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

Come illustrato nella Procedura "Accesso civico semplice e generalizzato", Prot. n. 1255.Cl.I/8 d.d. 11.02.2019, pubblicata nella sezione "Altri contenuti - Accesso civico" dell'Amministrazione trasparente, l'IRCCS ha disciplinato i criteri e le modalità per l'esercizio delle forme normativamente

previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall'Istituto, dall'accesso civico semplice, da parte di chiunque ne abbia interesse, ai sensi dell'art. 5, co. 1, d.lgs. n. 33/2013, a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all'accesso civico generalizzato, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell'art. 5, c. 2 dello stesso d.lgs. n. 33/2013, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione. Per ognuna delle fattispecie esaminate dalla Procedura, vengono definiti:

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

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

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

## **3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

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

Il Burlo Garofolo è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla Legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, in attuazione del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 di riordino degli I.R.C.C.S., dalla Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018, dalla Legge regionale n. 22 del 19 dicembre 2019 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle



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

L'Atto aziendale vigente, adottato con Decreto n. 62 dell'11.5.2022 cui si rinvia, individua l'assetto istituzionale ed organizzativo dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, definendo l'identità aziendale, *mission* e *vision* dell'Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell'Ente.

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

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

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

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

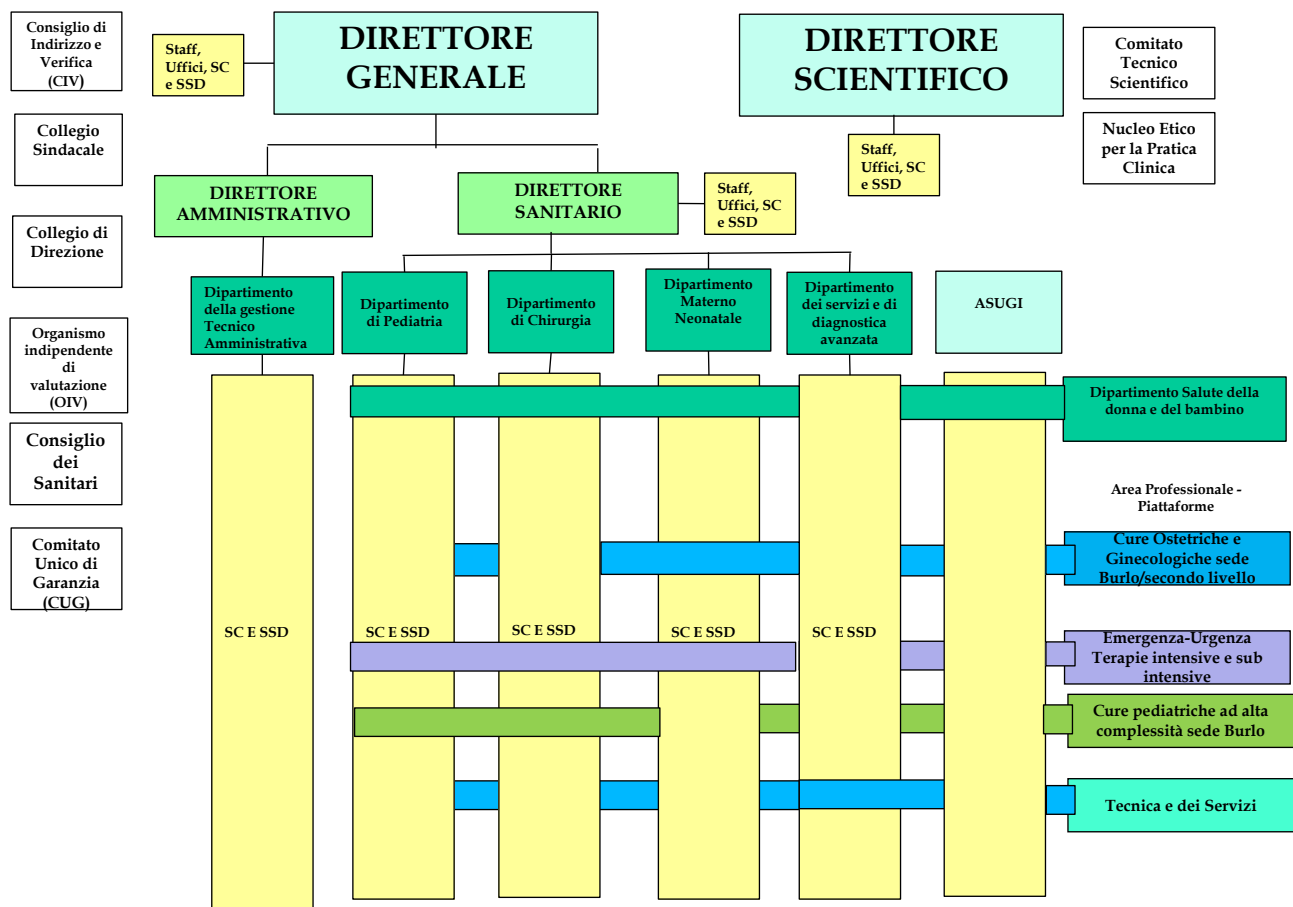
Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche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

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

La visione strategica del Burlo è orientata a garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Friuli Venezia Giulia, direttamente o

indirettamente, svolgendo il ruolo di hub regionale per l'area materno-infantile, in un sistema *hub-spoke* non solo ospedaliero, ma anche ospedale-territorio, coordinando nel contempo la ricerca e l'innovazione, nonché la didattica e la formazione per l'area materno-infantile. L'Istituto, inoltre, intende sviluppare il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e lo sviluppo di altre realtà sanitarie, soprattutto in aree disagiate del mondo.

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



### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

#### INTRODUZIONE DEL LAVORO AGILE PRESSO L'IRCCS BURLO GAROFOLO: PRESUPPOSTI DI FATTO E DI DIRITTO.

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

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

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

Riferimenti normativi:

- DCM del 31.01.2020 Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (per 6 mesi)
- il decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- i D.P.C.M. 25 febbraio 2020, 1° marzo 2020, 4 marzo 2020, 8 marzo 2020 e 9 marzo 2020, recanti disposizioni attuative del decreto - legge 23 febbraio 2020;
- il decreto legge 9 marzo 2020, n. 14, recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19;
- il DL 18/2020 del 09.04.2020 "Decreto Cura Italia" convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27. ha confermato l'accesso semplificato allo smart working fino alla fine dell'emergenza, limitando la presenza del personale pubblico nei luoghi di lavoro alle sole attività indifferibili;
- Il D.L. 34/2020 del 19.05.2020 "Decreto Rilancio" convertito in legge n. 77 il 17.07.2020, l'art. 263 ribadiva le modalità di accesso semplificato allo smart working nelle PA fino a fine emergenza e richiedeva alle amministrazioni di riorganizzare il lavoro dei dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, applicando il lavoro agile almeno al 50% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità;
- DPCM del 13 e 18.10.2020 - che hanno previsto l'incentivazione del lavoro agile con modalità stabilite da uno o più decreti del Ministro della Pubblica Amministrazione.
- D.M. della PA del 19.10.2020 ha disposto che il lavoro agile nella pubblica amministrazione costituisce una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa, prevedendo la mappatura delle attività, stabilisce che il dirigente deve garantire ad almeno il 50 per cento del personale preposto alle attività che possono essere svolte in modalità agile lo svolgimento della modalità in argomento.

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

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

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

Successivamente, il DL 56/2021 del 30.04.2021 "Decreto Legge Riaperture", poi abrogato con legge n.87 del 17.06.2021, ha prorogato lo *smart working* fino a fine emergenza e ha inciso sulle soglie minime di lavoratori da coinvolgere previste dal POLA.

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

- a assicurazione della piena erogazione dei servizi resi agli utenti;
- b adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza;
- c una piattaforma digitale o un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d piano di smaltimento del lavoro arretrato, se accumulato;
- e fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- g rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

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

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

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

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

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

Con Circolare del Ministero del Pubblica Amministrazione del 05.01.2022, si ribadisce che la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid19. Viene altresì ribadita la necessaria flessibilità con la quale ciascuna amministrazione è libera di organizzare la propria attività, mantenendo invariati i servizi resi all'utenza. Nella stessa si ribadisce che il lavoro agile viene disciplinato dal DM del 08.10.2021 e dalle "linee guida" adottate previo confronto con le organizzazioni sindacali e sulle quali è stata acquisita l'intesa della Conferenza unificata il 16.12.2021.

Con circolare prot. n. 3720/2022 dd. 05.04.2022 rubricata: "**Modalità organizzative per lo svolgimento del lavoro agile. Accordo individuale**", l'Istituto ha ribadito che la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle PP.AA. è quella svolta in presenza, ma ha al contempo confermato il lavoro agile quale strumento che favorisce la produttività e l'orientamento ai risultati, attraverso l'innovativa modalità di organizzazione del lavoro che mette al centro le esigenze delle persone, contribuendo così a migliorare la conciliazione dei tempi di vita del personale con quelli lavorativi. Con la medesima circolare sono stati inoltre invitati i Dirigenti

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

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

Si riporta, di seguito, prospetto riassuntivo dei dati relativi al numero di contratti di lavoro agile attivi, aggiornati alla data del 06.10.2022, distinti tra personale del comparto e della dirigenza:

COMPARTO		
RUOLO	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
AMMINISTRATIVO	Coadiutore Amministrativo B	7
	Coadiutore Amministrativo Sr - Bs	1
	assistente amministrativo - C	26
	collaboratore amministrativo - D	24
TECNICO	collaboratore tecnico professionale	9
	collaboratore tecnico professionale sr DS	1
SANITARIO	collaboratore sanitario senior - DS	2
	cps- infermiere e infermiere pediatrico	8
	cps - ostetrica	1
	cps- fisioterapista	1
	cps - dietista	1
	cps - logopedista	2
	cps - tecnico della prevenzione	3
	cps - assistente sociale	1
RICERCA	collaboratore professionale di ricerca sanitaria	8
	ricercatore sanitario - Ds	12
Totale attivazioni - personale comparto		107

DIRIGENZA		
AREA	PROFILO	N. ATTIVAZIONI
PTA	Dirigente amministrativo	6
	Dirigente ingegnere	2
	dirigente statistico	2
SANITARIA	dirigenti medici	17
	dirigente psicologo	3
	dirigente farmacista	1
	dirigente biologo	1
Totale attivazioni - personale dirigente		32

## REGOLAMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE IN VIA ORDINARIA.

I contratti di lavoro agile di cui sopra sono stati attivati in periodo emergenziale e prorogati sino al 31.12.2022.

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

Il lavoro agile o smart working non è 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.

Il legislatore ha altresì previsto specifiche modalità di comunicazione obbligatoria per il c.d. "lavoro agile ordinario".

In particolare, ai sensi dell'art. 23, primo comma, della Legge 22 maggio 2017, n. 81 (come modificato dall'art. 41 bis del D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni, convertito con modificazioni in Legge 4 agosto 2022, n. 122), dal 1° settembre 2022, il datore di lavoro deve comunicare in via telematica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro in modalità agile, secondo le modalità individuate con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022 e relativi Allegati aventi ad oggetto il modello di "Comunicazione Accordo di Lavoro agile (Articolo 23, comma 1, della L. n. 81/2017)" e le "Regole di compilazione della comunicazione dell'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "Lavoro Agile". La comunicazione telematica dovrà avvenire mediante l'applicativo disponibile, tramite autenticazione SPID e CIE, sul portale Servizi Lavoro, oppure, in alternativa, mediante i servizi telematici API REST di invio delle comunicazioni.

I datori di lavoro pubblici che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti, in ogni caso, a riconoscere priorità alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a 12 anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità o che siano *caregivers* (art. 18, comma 3 bis, L. n. 81/2017, come modificato dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105).

Con il D.M. n. 149 del 22 agosto 2022 - e relativi Allegati - sono state definite le modalità per assolvere agli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 23, primo comma, della Legge n. 81/2017 (come modificato dall'articolo 41 bis del D.L. n. 73/2022, convertito con modificazioni in L. 4 agosto 2022, n. 122) e, quindi, per inviare telematicamente le informazioni relative all'accordo di lavoro agile. Infatti, in base alla nuova disciplina non è più necessario allegare l'accordo individuale di smart working sottoscritto tra datore di lavoro e lavoratore (che deve essere comunque conservato dal datore di lavoro ai fini della prova e della regolarità amministrativa per 5 anni dalla sottoscrizione), ma trasmettere al Ministero le informazioni individuate nel Decreto stesso e negli Allegati che ne formano parte integrante.

In particolare, dal 1° settembre è disponibile per tutti i datori di lavoro pubblici l'apposito applicativo sul portale Servizi Lavoro, accessibile tramite autenticazione SPID e CIE.

Si segnala che il termine di questo adempimento decorre dal 1° settembre 2022 soltanto per i nuovi accordi di lavoro agile o qualora si intenda procedere a modifiche (incluse proroghe) di precedenti accordi. Restano valide le comunicazioni già eseguite secondo le modalità della disciplina previgente (art. 1, comma terzo, D.M. n. 149 del 22 agosto 2022).

Per quanto attiene al termine entro cui assolvere a tale adempimento, considerato che trattasi di una mera trasformazione della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, la relativa comunicazione andrà inviata entro cinque giorni dall'inizio della prestazione in modalità agile.

In fase di prima applicazione delle nuove modalità, l'obbligo della comunicazione potrà essere assolto entro il 1° novembre 2022.

Nel quadro normativo sopra delineato, si inserisce inoltre la sottoscrizione dell'ipotesi del nuovo Contratto Collettivo nazionale di Lavoro del personale del comparto, contratto che dedica espressamente più articoli al lavoro agile, definendone presupposti e criteri.

Pertanto, si rende opportuno differire la compiuta regolamentazione del lavoro agile ordinario, con specifico atto dell'Istituto, dopo la definitiva sottoscrizione del CCNL, al fine di recepirne integralmente le indicazioni ivi contenute.



### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

#### 3.3.1 Rappresentazione della consistenza del personale al 31/12/2021

Alla data del 31.12.2021 il dato di forza è pari a 788 unità, comprensivo del personale universitario che corrisponde a 13 unità - 10 dirigenti medici e 3 dirigenti sanitari e del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (n. 26 unità) e del personale COVID come riportato nella tabella seguente:

	Forza al 31.12.2020	Forza al 31.12.2021	Di cui COVID al 31.12.2021
Dirigenza			
Ruolo sanitario	178	175	6
Ruolo professionale	2	2	
Ruolo tecnico	3	3	
Ruolo amministrativo	8	10	
Totale dirigenza	191	190	6
Comparto			
Ruolo sanitario	364	387	27
Ruolo tecnico	119	117	
Ruolo amministrativo	73	68	
Ruolo della ricerca	27	26	
Totale comparto	583	598	27
Totale complessivo	774	788	33

### 3.3.2 Programmazione delle risorse umane

La forza del personale presunta alla data del 31.12.2022, risulta essere pari a:

	Forza presunta al 31.12.2022 ISTITUZIONALE (nota alla data di stesura del presente PTFP)	Forza presunta al 31.12.2022 COVID
Dirigenza		
Ruolo sanitario	164	4
Ruolo professionale	2	
Ruolo tecnico	3	
Ruolo amministrativo	10	
Totale dirigenza	179	4
Comparto		
Ruolo sanitario	365	23
Ruolo socio sanitario	85	
Ruolo tecnico	31	
Ruolo amministrativo	76	
Ruolo ricerca (stima)	64	
Totale comparto	621	23
TOTALE COMPLESSIVO (senza universitari)	800	27
Personale universitario	14	
TOTALE COMPLESSIVO (con universitari)	814	27

Alla data di redazione del presente piano il numero totale presunto del personale in forza al 31/12/2022 presso l'Istituto viene stimato in totali 841 unità, comprensivo delle 14 unità di personale universitario e del personale COVID (27 unità).

In termini di risultati attesi, l'Istituto nel corso del 2022 mira a:

1. garantire il turn-over necessario, compatibilmente con le risorse disponibili, valutando la non sostituzione di alcuni profili in esaurimento e in taluni casi anticipando per alcune figure l'ingresso per permettere di affrontare l'attuale emergenza epidemiologica;
2. procedere al completamento delle assunzioni previste per l'anno 2021 le cui procedure concorsuali e di acquisizione non si erano ancora concluse. Sul punto preme segnalare che

nel corso del 2021, in attuazione di quanto previsto dal D.P.C.M. 21 aprile 2021, sono state avviate le procedure concorsuali per l'assunzione a tempo determinato del c.d. "personale della ricerca", i cui profili di ricercatore sanitario (DS) e di collaboratore professionale di ricerca sanitaria (cat. D) sono stati definiti con C.C.N.L. dell'11 luglio 2019; nel corso del 2022 è inoltre prevista l'indizione di ulteriori procedure concorsuali per tali profili professionali;

3. 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;

L'anno 2022 è influenzato in termini di manovra del personale dall'emergenza epidemiologica che ha portato alla stipulazione sia di contratti a tempo indeterminato come espresso sopra, che alla stipulazione di contratti a tempo determinato, quindi di natura eccezionale.

Oltre al personale con rapporto giuridico di subordinazione si indicano di seguito le unità stimate al 31.12.2022 con rapporto di somministrazione, collaborazione e libero professionale:

		Unità al 31.12.2022 (dato presunto)
Personale somministrato	ruolo sanitario	1
	ruolo amministrativo	13
Totale		14

Collaborazioni e rapporti libero professionali	7
--	---

Totale complessivo	21
--------------------	----

### 3.3.3 Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse

#### VALORIZZAZIONE 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 2022-2024 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, attribuzione delle fasce economiche...), sia della formazione; quest'ultima andrà considerata quale aggiornamento tecnico scientifico delle diverse professionalità ma anche formazione permanente finalizzata allo sviluppo dei servizi. Sarà quindi avviata non solo la formazione di base dei profili professionali, ma anche la formazione permanente del personale quale aggiornamento tecnico-scientifico delle diverse professionalità, e si porrà anche attenzione alla formazione per lo sviluppo dei servizi oltre che all'educazione sanitaria connessa alle specificità necessarie - ampliando e riproponendo quanto fatto nel 2021 - relativamente alla formazione specifica covid orientata soprattutto all'emergenza in corso, per assicurare al personale l'acquisizione delle ultime conoscenze in tema di diffusione del Covid-19 e di utilizzo adeguato dei DPI; infine sarà sviluppata la formazione di area manageriale (formazione degli operatori apicali con responsabilità dirigenziale nei diversi servizi sanitari e amministrativi).

Infine, sempre nel contesto della valorizzazione va ricondotta la possibilità di stabilizzare il personale precario.

In tema di stabilizzazioni va segnalato come, oltre alle previsioni già note e disciplinate dall'art.20 del d.lgs. n.75/2017 e s.m.i. - la c.d. "riforma Madia" che, per effetto di plurime novelle, consente anche nel corso del 2022 l'assunzione a tempo indeterminato di personale in possesso dei requisiti ivi indicati - con la legge n.234/2021 è stata introdotta un'ulteriore ipotesi di stabilizzazione riservata al personale del ruolo sanitario e agli operatori sanitari in possesso di specifici requisiti di anzianità, maturati nel periodo emergenziale. Tale ulteriore ipotesi di stabilizzazione potrà essere attivata a far tempo dal 01.07.2022, in coerenza con il PTFP.

### **3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno**

## **REVISIONE MODELLI ORGANIZZATIVI INTERNI**

Un'ulteriore azione propedeutica al PTFP consisterà nella puntuale verifica delle dotazioni di personale per singole articolazioni aziendali e funzioni, in conformità con le Linee regionali per la stesura dell'Atto Aziendale, coerentemente allo stato di emergenza sanitaria e in vista della riqualificazione degli spazi del comprensorio. L'Istituto andrà ad analizzare e porre in essere le modifiche organizzative necessarie adottando azioni correttive flessibili che permettano il miglior funzionamento delle attività e della programmazione delle stesse.

## **CONDIZIONI**

Il PTFP 2022-2024 viene sviluppato tenendo conto degli elementi noti al momento della stesura.

Non essendo note le risorse che saranno assegnate per i prossimi esercizi e considerata la grande variabile rappresentata dalla conclusione dell'attuale emergenza covid, gli elementi ad oggi noti risultano:

1. il tetto di spesa 2022 valorizzato in 33.780.323,85 che costituisce il limite del costo del personale adottato dalla Regione per il 2022;
2. il tetto dei fondi contrattuali, al netto dei rinnovi contrattuali in quanto fuori dal limite previsto dall'art. 23 comma 2 del D. Lgs. 75/2017, fatti salvi eventuali incrementi debitamente autorizzati in applicazione della normativa vigente ed in particolare all'applicazione dell'art. 11 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 che prevede la garanzia del mantenimento della quota media pro-capite del trattamento accessorio al personale in forza al 31.12 di ciascun anno rispetto al personale presente al 31.12.2018;
3. il finanziamento del Ministero della Salute finalizzato ad implementare il fabbisogno di ricercatori (personale che già dalla fine del 2019 e, ancor più, nel corso del 2021, risulta acquisito quale dipendente a tempo determinato, conseguentemente incluso nella forza complessiva dei dipendenti ancorché finanziato dal Ministero).

Tenuto conto degli elementi sopra detti, coerentemente al fabbisogno complessivo del personale ricercatore, la dotazione del personale sarà incrementata nel corso del 2022 di 53 unità, di cui 38 del ruolo della ricerca. Andranno gradualmente a cessare i numeri dei rapporti di collaborazione e di personale somministrato anche alla luce della vigenza delle nuove graduatorie concorsuali per il personale del comparto gestite dall'ARCS e delle graduatorie per il personale della ricerca vigenti in Istituto.

## PRINCIPI

I principi tenuti in considerazione per la redazione del PTFP 2022-2024 sono rappresentati:

- dalla garanzia del turn over, peraltro in parte già anticipata per far tempestivamente fronte anche alle necessità organizzative derivanti dall'emergenza epidemiologica, considerata soprattutto la difficoltà di reperire e mantenere in sede alcuni profili professionali sia del personale del comparto che della dirigenza;
- dalla garanzia di copertura degli incarichi gestionali della dirigenza e del personale del comparto, coerentemente alle indicazioni regionali relative alle funzioni dell'IRCCS (con riguardo al Burlo multicentrico, alle malattie rare ecc..) ed al conseguente assetto organizzativo derivante e previsto nell'Atto Aziendale;
- prosecuzione, ove possibile, del percorso di stabilizzazione del personale precario ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 ed avvio, sempre ove possibile, dell'ulteriore percorso di stabilizzazione delineato dall'art.1 comma 268 della legge n. 234/2021.

Altresì l'Istituto ritiene di ricorrere ed avvalersi all'istituto delle prestazioni aggiuntive ai sensi degli art. 55 del CCNL 8.6.2000 e 18 del CCNL 3.11.2005 e prestazioni aggiuntive per il personale del comparto ai sensi della L. n. 1/2002 e s.m.e.i., in particolare al fine di evitare interruzioni di pubblico

servizio oltre che per incrementare l'attività tariffata delle funzioni a valenza regionale ed incrementare l'attrazione extraregionale e per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa.

Nell'allegato 5 si riportano le tabelle di dettaglio relative al piano dei fabbisogni di personale anno 2022 -2023 e 2024, così come formalizzate nel proprio decreto n. 78 dd 23/5/2022.

### 3.3.5 Formazione del personale

Il Burlo riconosce da sempre nella formazione una leva strategica del sistema di governo, rivolta a soddisfare le esigenze di aggiornamento dei collaboratori e a favorire i cambiamenti organizzativi richiesti dalle politiche sanitarie e dal contesto socio-economico in rapido cambiamento.

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

La formazione assume quindi il valore di un investimento:

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

Durante le prime fasi dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV2, la formazione in aule virtuali sui dati epidemiologici della pandemia, sui potenziali rischi di contagio e sui principali aspetti clinici dell'infezione da Sars-CoV-2 è stata una efficace misura di contrasto alla diffusione del Coronavirus nonché una efficace misura di tutela e sicurezza sul lavoro dei dipendenti dell'Istituto.

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

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

Il Centro Attività Formative ha acquisito l'accreditamento standard nella qualifica di Provider ECM con il codice "IRCBG\_" a far data dal 01.08.2018. 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 (in edizione 2000 e in seguito, 2008) dal 08/03/2018
- ai sensi della norma ISO 21001:2018 dal 27/05/2022.

I processi primari del Centro Attività Formative hanno per oggetto :

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

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

Per la stesura del Piano Aziendale della Formazione si considerano :

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

Per soddisfare il fabbisogno formativo della singola struttura/area, i responsabili e i referenti della formazione delle singole articolazioni aziendali formulano delle proposte formative in forma partecipata con lo staff del Centro Attività Formative.

Le proposte confluiscono nella bozza del Piano Aziendale della Formazione (PAF), che sarà sottoposta a valutazione della Direzione Strategica al fine di integrarla, modificarla e discuterla con il Comitato Scientifico della Formazione.

La bozza del PAF avanzato è sottoposta alla valutazione del Collegio di Direzione, del Consiglio dei Sanitari, alle Organizzazioni Sindacali e dell'OIV: se approvato da tutti gli organismi, giunge alla sua stesura definitiva. Il PAF è reso operativo tramite l'adozione con decreto del Direttore Generale, trasmesso poi alla Direzione Centrale Salute della regione FVG.

Nel piano sono chiaramente indicati:

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

Il piano triennale della formazione e i suoi strumenti attuativi annuali (piano annuale) sono realizzati in forma partecipata dal Comitato Scientifico per la Formazione e dal Comitato Esecutivo per la Formazione, trasformando le esigenze aziendali in progetti e piani formativi coerenti con le strategie aziendali.

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

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

## **4. MONITORAGGIO**

### **4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO**

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



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

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

#### **4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE**

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

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

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

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

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

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

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

## Allegato 1

### **Individuazione dei referenti delle linee progettuali 2022 e degli obiettivi aziendali**

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/05/2022 (1 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/07/2022 (2 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale – Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/10/2022 (3 trimestre)	DA	Pavan
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	31/12/2022	DA	DA
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	>=75%	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	31/12/2022	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriatezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2022	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	almeno 5%	DS	Mergoni
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	entro 31/12/2022	DS	Barbi / De Zen
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	DS	DS
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	30/05/2022	DS	Petretic
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	31/03/2022	DS	DS

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	entro 15/04/2022	DS	Petretic
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) - su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	DS	DS
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate dalle apparecchiature diagnostiche.	entro 15/04/2022	DS	Granata
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	>=90% per tipologia prestazione	DS	Fari
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	>=90% per tipologia prestazione	DS	Petretic
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	>=90% per tipologia prestazione	DS	Petretic
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:  Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) - vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi  (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume < 20) se volume non raggiunto >= 90% per specifica prestazione	DS	Fari Petretic P&C effettua periodico monitorag gio
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:  Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 - per periodo di pari durata - ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi  (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% se volume non raggiunto >= 90% per specifico intervento	DS	Fari Petretic P&C effettua periodico monitorag gio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D102 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Fari
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Urriza Fari P&C effettua periodico monitorag gio

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DS	Schleef
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	Obiettivo 2022 è valore riferimento LEA 2022	DS	Ricci/Maso
E.2.1	Area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	DS	Ricci/Maso
E.2.1	Area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS)<=8%	DS	Ricci/Maso
1.1.2	Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	entro 11/3/2022	DS	DS
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	entro 30/06/2022	DS	Ronfani
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	entro 31/12/2022	DS	Ronfani
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/5/2022 (1 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 30/9/2022 (2 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/1/2023 (3 quadrimestre)	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali il livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (Invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	entro 31/12/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	entro 30/06/2022	DS	Russian
1.3	Rete HPH - A	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	entro 31/12/2022	DS	Russian
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati.	30/06/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2022.	31/12/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta	31/12/2022	DS	Ronfani
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Trasmissione congiunto alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta, entro febbraio 2023.	28/02/2023	DS	Ronfani
2.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	1400 prestazioni / anno	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	DS	Cadenaro

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1,5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	1400 prestazioni/ riunito	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	< 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2022	DA	Zaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	30/04/2022 (dati 1 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/07/2022 (dati 2 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/10/2022 (dati 3 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	DS	Cadenaro
2.8	Odontoiatria pubblica	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2022	DS	Cadenaro
2.9	Emergenza urgenza territoriale	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	31/10/2022	DS	Ronfani
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	>= 65% hub	DS	Amaddeo
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	>= 75% hub	DS	Amaddeo
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2022	DS	Ricci/ Resp piattaforma a ostetrica
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard	>= 50%	DS	Ricci/ Resp piattaforma a ostetrica
4.2	Trapianti e donazioni	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	31/12/2022	DS	Russian
4.3	Infertilità	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.	entro 31/12/2022	DS	Ricci
4.4	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	>80%	DS	Maso/ Travan/ Resp Piattaforma a ostetrica
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	audit annuale	DS	Maso / Travan
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Trasmissione, entro 31.12.2022, alla Direzione centrale salute delle risultanze dell'audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	31/12/2022	DS	Maso / Travan
4.4	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	n° eventi formativi anche congiunti sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	>= 1 evento formativo	DS	Maso / Travan
4.5	Pediatria	IRCCS Burlo RETE ONCOLOGIA PEDIATRICA Definizione delle caratteristiche della rete di patologia oncoematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2022	entro 31/12/2022	DS	Rabusin/ Ronfani?

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
4.5	Pediatria	IRCSS Burlo AREA EMERGENZA URGENZA Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2022 dal BURLO è definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	entro 31/12/2022	DS	Ronfani/ Sagredini / Amadeo
4.5	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	entro 30/06/2022	DS	Arbo
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	4 report trimestrali	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2022	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	>= 90%	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2022	DS	Urriza
4.6	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	31/12/2022	DS	Urriza
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	31/01/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	almeno 1 per azienda	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali.	entro 31/03/2022	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non compliant alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	>=1	DS	Grassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	31/12/2022	DS	Comar Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	31/12/2022	DS	Non di pertinenza
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	31/12/2022	DS	Scolz Manfredi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Arbo
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	DS	Bicego
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	>= 5 giornate	DS	Danielli

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	31/12/2022	DS	Danielli
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2022	DS	Danielli
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2022	DS	Danielli
6.2	Contenimento o spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)  Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).  Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	30/09/2023 (1 semestre)	DS	Arbo
6.2	Contenimento o spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)  Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).  Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo
6.4	Contenimento o spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2).  Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni)  Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): si/no (peso 70%)	30/09/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.4	Contenimento o spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2).  Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni)  Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): si/no (peso 70%)	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	DS	Arbo
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.  Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no	31/07/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.  Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no	28/2/2023 (2 semestre)	DS	Arbo
6.6	Attività centralizzate - ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022.  Modalità di valutazione: avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/03/2022	DA	Carlevaris/Villano



Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
6.6	Attività centralizzate – ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	DA	Carlevaris/ Villano
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze.  Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	entro 30/06/2022	DS	Arbo
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.  ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	28/02/2023	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)  Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	entro 30/09/2022 (1 semestre)	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)  Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)	entro 15/04/2023 (attività annuale)	DS	Arbo
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022.  Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: si/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: si/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	DS	Arbo
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività. Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.  Indicatore: - Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali  Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: si/no	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	DS	Arbo
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale	Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.  Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	DS	Arbo
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.  * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).  Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	DS	Arbo

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.  * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).  Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021  - evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"	DS	Arbo
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	DA	Carlevaris/ Orsini/Accardo/Delucca
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	DA	Rachelli
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	31/12/2022	DA	Rachelli
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	31/12/2022	DA	Rachelli
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	>= 90%	DA	Carlevaris/ Deluca
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	30/06/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.4	Sistema informativo clinico	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	30/09/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022	30/09/2022	DA	Carlevaris/ Deluca
7.6	Ricetta dematerializzata	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	70%	DA	Carlevaris/ Deluca
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/05/2022.	entro 30/05/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	entro 30/10/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	30/04/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	30/06/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.7	Sicurezza asset informatici	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	30/10/2022	DA	Carlevaris/ Accardo
7.8	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	almeno 3 su 4 programmati	DA	Carlevaris/ Deluca/ Doria
7.9	PACS	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027.  ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	31/12/2022	DA	Carlevaris/ Orsini

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
7.9	PACS	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: • entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE. • entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.	31/07/2022	DA	Carlevaris/ Orsini
7.9	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	31/03/2022	DA	Barbagli
8	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	mensile	DS	Fari
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	>=98%	DS	Fari
9.5.2	Investimenti	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	15/09/2022	DA	Carlevaris/ Pavan
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	30/04/2022	DA/ DS	DA/ DS
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	31/12/2022	DA/ DS	DA/ DS
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	31/03/2022	DA	Decorti
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	entro 30 gg	DA	Decorti
10.3.2.2	La Relazione annuale regionale	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	31/05/2022	DA	Decorti
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sulle attività svolte nel corso dell'anno	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Trasmissione alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori identificati entro febbraio 2023.	28/02/2023	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica	Burlo - Entro 31/12/2022: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening neonatale	Screening neonatale Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento	Flusso informativo 100%	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Screening fibrosi cistica	Avvio per la centralizzazione dello screening della fibrosi cistica	Attuazione del percorso diagnostico inviato alla DCS con nota prot. 1189 dd 4/2/2022, previa autorizzazione regionale	31/12/2022	DS	Urriza
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Rilevazione HBSC	Raccolta dati di competenza	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Tenuta del registro regionale di patologia.	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Miglioramento dei sistemi sorveglianza	Registro regionale endometriosi Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione	31/12/2022	DS	Ronfani
BURLO - aziendale	Accreditamento	Proseguire nel percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Effettuare la formazione del personale dedicato e coinvolto	31/12/2022	DS	Travan
BURLO - aziendale	Accreditamento	Proseguire nel percorso di accreditamento UNICEF "Ospedale amico del bambino"	Mantenimento del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione >80%	31/12/2022	DS	Travan/ Bicego
BURLO - aziendale	Logistica	Proseguire nel percorso di risoluzione delle criticità logistiche dell'Istituto mediante il progressivo trasferimento presso gli edifici dell'Opera San Giuseppe	Trasferimento dell'attività ambulatoriale (odontostomatologia, oculistica, otorinolaringoiatria/audiologia e fisioterapia) e avvio dell'attività nei nuovi spazi	31/12/2022	DA/DS	DA/DS
BURLO - aziendale	Programma trapianti metropolitano	Formalizzazione di un Programma unico di trapianto FVG tra i centri di emato-oncologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto di CSE da formalizzare presso le Autorità nazionali competenti (CNT e GITMO), con il coordinamento del programma da parte di ASUFC, così come previsto dalla DGR 1965/2021	Formalizzazione del programma	31/12/2022	DS	DS/Rabusini
BURLO - aziendale	Fase 1	Avviare le sperimentazioni cliniche di Fase I	Invio ad AIFA del modulo di autocertificazione	30/09/2022	DS	Danielli
BURLO - aziendale	Valorizzazione e attività	Individuare, d'intesa con la Direzione Centrale Salute ed ARCS, uno strumento di riconoscimento economico e di finanziamento dell'attività altamente specialistica dell'IRCCS non comparabile alle prestazioni per adulti.	Istituzione di un tavolo di lavoro con DCS e ARCS finalizzato all'applicazione delle tariffe per gli ospedali pediatrici monospécialistici ex CSR 2018 e CSR 2021	31/12/2022	DA	Vardabasso
BURLO - aziendale	Rete regionale cure palliative pediatriche e Hospice pediatrico	Realizzare l'hospice pediatrico	Presentazione della domanda alla struttura regionale competente, successiva alle indicazioni regionali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria regionale 2021, corredata di una relazione illustrativa e di un quadro economico dell'opera, nonché di un cronoprogramma comprensivo delle fasi di progettazione e di esecuzione dei lavori.	31/03/2022 - previa indicazione regionale	DA/DS	Pavan

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target	Direttore di Area	Proposta referente
BURLO - aziendale	Rete regionale cure palliative pediatriche e Hospice pediatrico	Avviare l'attività del Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale	Formalizzazione del Comitato di Coordinamento che avrà il compito di garantire il governo della Rete Cure palliative pediatriche e di favorirne la realizzazione secondo il modello individuato dal Decreto 1771/2016	31/12/2022	DS	Barbi / De Zen
BURLO - aziendale	Adeguamento dei PL	Progressivo adeguamento dei PL alla DGR relativa alle funzioni	Adeguamento per il presidio Burlo dei PL previsti dalla DGR 1446/2021 e DGR 1965/2021 successivo alla formale approvazione dell'atto aziendale	31/12/2022	DS	Vardabasso

## Allegato 2

### Registro dei rischi 2022

IRCCS BURLO GAROFOLI | REGISTRO DEGLI EVENTI RISCHIOSI 2022

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2020	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori della stessa	Tempistica di attuazione
1	Acquisto di beni economici e sanitari	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti n°/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico Finanziaria	5	5	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
2	Acquisto di servizi economici (non sanitari)	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti n°/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale	5	5	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature sottosoglia	mancata partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese, come previsto da art 36 Codice dei Contratti pubblici per l'acquisto diretto sotto € 40 mila senza il rispetto dei principi di cui agli articoli 30, comma 1, 34 e 42, nonché del rispetto del principio di rotazione degli inviti e degli affidamenti. Modalità di pagamento non conformi alla normativa vigente	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	4	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi economici non sanitari - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				1	1	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione polizze	rischio eventualmente a carico della Centrale d'Acquisto	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura documentata con report	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
3	Acquisto di servizi esternalizzati	Direttore SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti n°/Titolare I.O. Coordinamento amministrativo beni e servizi	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale S.C. Gestione Economico Finanziaria	4	4	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	controllo qualitativo contratti d'appalto	mancato controllo possibili ingerenze esterne	adesione alle gare regionali gestite da ARCS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento beni servizi forniture apparecchiature	frazionamento artificioso degli affidamenti	adesione alle gare regionali gestite da ARCS, già EGAS per ridurre la discrezionalità e il frazionamento degli affidamenti	percentuale di adesione alle gare centralizzate in misura non inferiore al 65%	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	4	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisto di servizi esternalizzati - Varianti contrattuali	mancato controllo possibili ingerenze esterne Mancato controllo possibili ingerenze esterne	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	verifica dell'attività rispetto al Regolamento in essere tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	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 riunione con tutte le strutture coinvolte per verificare le eventuali necessità di adeguamento della procedura in essere	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
4	Gestione del magazzino	Responsabile Magazzino	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	3	3	BASSO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI SSD FARMACIA	ricevimento, stoccaggio e distribuzione beni	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	verifica della corretta gestione	almeno n. 2 controlli di corrispondenza tra quanto richiesto e quanto ricevuto, stoccato e distribuito	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
5	Gestione ALPI	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Legali S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici della Direzione Sanitaria	3	3	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 riunione con tutte le strutture coinvolte per verificare le eventuali necessità di adeguamento della procedura in essere	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
6	Amministrazione del personale	Dirigente S.S.D. Politiche del personale S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.S.D. Politiche del personale S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	gestione delle presenze e delle assenze dei lavoratori	inserimento artificioso o manomissione di dati per vantaggi personali	controllo degli inserimenti effettuati	almeno n. 2 controlli sugli inserimenti effettuati dalla Struttura nell'arco del bimestre precedente alla verifica	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	4	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione borse di studio	discrezionalità dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa di studio da attribuire	verifica dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa	n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	4	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	attribuzione incarichi di lavoro autonomo	criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	verifica dei criteri di selezione e scelta dell'incarico da attribuire	n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica intermedia n. 1 report illustrativo delle attribuzioni realizzate entro la verifica finale	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	regolamenti prove selettive interne	manca di presupposti programmatici e/o motivata verifica delle effettive carenze organizzative	controllo dei presupposti programmatici e/o delle effettive carenze organizzative	n. 1 report rappresentativo della sussistenza dei presupposti	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	MEDIO	S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	acquisizione del personale (a qualunque titolo)	conflitto di interessi tra i membri della Commissione esaminatrice e i candidati	verifica delle dichiarazioni	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse rese dai commissari dei concorsi utilizzando la modulistica conforme	Verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	RESPONSABILE PROGRAMMAZIONE COORDINAMENTO DELLA RICERCA SCIENTIFICA	rapporti con altri enti ed istituzioni	accordi per vantaggi personali. Conflitto di interessi nell'attivazione di borse di studio e incarichi di consulenza	verifica delle dichiarazioni	almeno n. 2 controlli a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse acquisite	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2020	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori della stessa	Tempistica di attuazione
7	Prestazioni ambulatoriali istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Affari generali e legali	2	2	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	incasso di corrispettivi/ticket prestazioni sanitarie istituzionali	ammanchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	almeno n. 2 controlli annui a campione sugli incassi di una intera settimana	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali istituzionali	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità liste attese per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 controlli annui a campione sulle prenotazioni di una intera settimana	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
8	Prestazioni ambulatoriali a pagamento	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Affari generali e legali	2	2	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	incasso di prestazioni sanitarie ambulatoriali di libera professione	ammanchi di cassa per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di cassa	almeno n. 2 controlli annui a campione sugli incassi di una intera settimana	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	Prenotazione di prestazioni sanitarie e ambulatoriali di libera professione	impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità per vantaggi personali	controllo sulla gestione documentale di prenotazioni	almeno n. 2 controlli annui a campione sulle prenotazioni di una intera settimana	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	attività aziendale a pagamento	accordi per vantaggi personali	verifica dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
9	Gestione ricoveri istituzionali SSN	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Affari generali e legali	3	3	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale dell'avvenuto utilizzo del sistema informatico per l'inserimento di tutti i pazienti che hanno richiesto intervento chirurgico con tracciabilità degli accessi e dei dati	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
10	Gestione ricoveri a pagamento o ALPI	Titolare I.O. Responsabile Centro Unico di Prenotazione (CUP) e Gestione delle Prestazioni Sanitarie	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo S.C. Affari generali e legali	3	3	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale dell'avvenuto utilizzo del sistema informatico per l'inserimento di tutti i pazienti che hanno richiesto intervento chirurgico con tracciabilità degli accessi e dei dati	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
11	Gestione prestazioni/servizi sanitari (ciclo passivo)	Medico di Direzione Sanitaria	SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	BASSO	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	gestione del ciclo passivo	pagamento di fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale dell'avvenuto rispetto della cronologia	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	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.	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3		DIREZIONE SANITARIA	inserimento dei pazienti nelle liste operatorie	possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico	mantenere il monitoraggio a cura del process owner producendo almeno 1 report illustrativo annuale dell'avvenuto utilizzo del sistema informatico per l'inserimento di tutti i pazienti che hanno richiesto intervento chirurgico con tracciabilità degli accessi e dei dati	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
12	Gestione progetti di ricerca	Il Dirigente amministrativo	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica	3	3	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 diffusione di risultati valutazione della qualità della ricerca	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
13	Gestione finanziamenti regionali (ciclo attivo)	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta rilevazione in contabilità dei finanziamenti regionali: il processo si articola dal ricevimento delle linee guida regionali per la predisposizione del PAO alla contabilizzazione dei finanziamenti (determinazione credito)	non corretta rilevazione dei finanziamenti	controllo della rilevazione in contabilità dei finanziamenti regionali	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
14	Altri contributi/proventi	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico Finanziaria S.C. Affari generali e legali	3	3	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	controllo della rilevazione in contabilità dei ricavi/contributi afferenti attività svolta dall'IRCCS	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	atti di liberalità	accordi per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
15	Gestione cassa economica	Referente cassa economica	S.C. Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	BASSO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	gestione delle spese minime e urgenti necessarie al regolare funzionamento delle strutture e per le quali, comunque, occorre effettuare il pagamento immediato	utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
16	Gestione tesoreria	Titolare I.O. Contabilità generale	S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	IRRILEVANTE	S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	corretta gestione dei flussi amministrativi e contabili riconducibili al processo di tesoreria	non corretta gestione dei flussi	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Verifica tramite audit: entro il 30/11/2022

Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2020	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori della stessa	Tempistica di attuazione
17	Formazione del bilancio	Responsabile S.C. Gestione Economico Finanziaria	S.C. Gestione Economico Finanziaria S.S.D. Programmazione e controllo	3	3	IRRILEVANTE	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	Controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	Verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
18	Rimborsi diversi (contributi)	Titolare I.O. Gestione convenzioni	S.C. Affari generali e legali S.C. Gestione Economico Finanziaria	3	3	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	ampliare le collaborazioni multidisciplinari funzionali all'attività istituzionale: adesione a reti, a network, a consors di area sanitaria (Fiaso, Feder Sanità, Incipit, Netval)	discrezionalità nell'adesione	controllo della corrispondenza tra adesioni realizzate e richieste ricevute dalla Direzione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
19	Sperimentazioni cliniche (farmaci, dispositivi, studi osservazionali)	Riferente Institutional Review Board	SC/SSD/Uffici Direzione Scientifica S.S.D. Farmacia Ufficio ricerca clinica	3	3	BASSO	INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	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	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
20	Gestione del contenzioso	Titolare I.O. Assicurazioni e contenzioso	S.C. Affari generali e legali S.S.D. Politiche del personale SC/SSD/Uffici Direzione Sanitaria	3	3	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione contenzioso	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				2	2	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	gestione affidamento incarichi per il patrocinio legale dell'Istituto	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	recupero crediti	mancata attivazione del processo di recupero o artificioso rallentamento delle fasi del processo	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				2	2	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	consulenza giuridica	accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	verifica dell'attività rispetto alla procedura in essere tramite report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
21	Formazione di personale dipendente/esterni	Titolare I.O. Responsabile Ufficio Formazione	S.S.D. Politiche del personale Ufficio formazione S.C. Gestione Economico Finanziaria S.C. Affari generali e legali	3	3	BASSO	UFFICIO FORMAZIONE	partecipazione dei dipendenti a iniziative formative sostenute da sponsor	accordi per vantaggi personali	misure di formazione e controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner tramite documentato report illustrativo del numero di partecipanti a un corso sponsorizzato rispetto al numero di soggetti interessati	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				2	2	BASSO	UFFICIO FORMAZIONE	attribuzione degli incarichi di docenza	accordi per vantaggi personali	misure di formazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				2	2	BASSO	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	stipula di convenzioni per lo svolgimento di attività di tirocinio	accordi per vantaggi personali	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
22	Realizzazione investimenti edili e impiantistici e gestione/manutenzione del patrimonio immobiliare	Dirigente Gestione tecnica	S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale S.C. Gestione Economico Finanziaria	6	6	ALTO	S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	affidamento di lavori sotto soglia	discrezionalità nell'affidamento di incarichi o servizi	regolamentazione per l'affidamento di lavori, forniture, servizi sotto soglia	attuazione del regolamento approvato tramite report illustrativo	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	5	MEDIO	S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	svolgimento di attività manutentive effettuate da soggetti terzi	omissioni dei controlli per vantaggi personali	controllo della fase/attività	adottare check list di verifica contratti in modo da uniformare i comportamenti dei verificatori dei contratti di competenza e mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	MEDIO	S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	varianti in corso d'opera per lavori pubblici proposte dal direttore dei lavori esterno all'amministrazione	effettuazione di perizie di variante e suppletive non strettamente necessarie, per vantaggi personali	controllo della fase/attività	redazione di una relazione del RUP di valutazione della proposta del direttore lavori	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
23	Acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie	Dirigente Ingegneria clinica	S.C. Ingegneria Clinica, Informativa e Approvvigionamenti S.C. Gestione Economico Finanziaria	5	5	ALTO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e approvvigionamento dispositivi medici e tecnologie per la ricerca	frangimento degli affidamenti in assenza di programmazione	controllo e semplificazione tramite specifico sistema informatico - programmazione degli investimenti mediante software di gestione degli investimenti	elaborazione del documento di programmazione concordata con la Direzione Scientifica relativo ai dispositivi medici ed alle apparecchiature utilizzati per la ricerca	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	4	MEDIO	S.C. INGEGNERIA CLINICA, INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	acquisizione e gestione beni mobili e tecnologie - gestione manutenzione apparecchiature	frangimento degli affidamenti in assenza di programmazione - utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali	verifica dell'adeguatezza delle disposizioni contenute nell'istruzione operativa	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
24	Gestione imposte tasse	Titolare P.O. Contabilità generale ed amministrativa fiscali e tributarie	S.C. Gestione Economico Finanziaria (Direzione Amministrativa)	3	3		S.C. Gestione Economico Finanziaria (Direzione Amministrativa)	conformità normativa; corretta imputazione contabile delle imposte/tasse, pagamento e dichiarazione	non corretta imputazione contabile	attività non a rischio corruzione fino a prossima rilevazione	mantenere il monitoraggio a cura del process owner	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
25				3	3		Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualità (Direzione Sanitaria)	umentare la qualità dei servizi ottenendo maggiore visibilità/garanzie nei confronti di terzi	utilizzo inappropriato delle risorse per vantaggi personali	controllo della qualità dei servizi	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni



Codice processo	Descrizione processo	Process owner	Strutture/Direzioni principali coinvolte	VALORE 2020	VALORE 2021	GRADUAZIONE 2022	Articolazioni aziendali competenti	Descrizione della fase/attività del processo	Descrizione di almeno un evento rischioso per fase/attività	TIPOLOGIA DI MISURA	Indicatori della stessa	Tempistica di attuazione
25	Gestione della qualità e accreditamento	Responsabile Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualità	Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualità (Direzione Sanitaria)			BASSO	UFFICIO PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITÀ (DIREZIONE SANITARIA)	fornire supporto alle strutture per adempiere agli obblighi di pubblicazione	scorrettezza e incompleta implementazione della sezione amministrazione trasparente	verifica adempimenti di I e II istanza	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report delle segnalazioni dirette	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
26	Gestione del protocollo	Riferente Ufficio protocollo	S.C. Affari generali e legal	1	1		S.C. Affari generali e legal	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	mantenere il monitoraggio a cura del process owner	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
27	Gestione della pianificazione, programmazione e controllo aziendale	Dirigente amministrativo SSD Programmazione e controllo	S.S.D. Programmazione e controllo	3	3	MEDIO	S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	applicare secondo le indicazioni della direzione strategica gli indirizzi della programmazione aziendale, in linea con gli indirizzi regionali/nazionali e ministeriali, a livello aziendale e di struttura operativa (budget)	inosservanza delle linee annuali regionali di gestione e/o degli indirizzi indicazioni della Direzione strategica	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
28	Gestione sicurezza aziendale	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	3	3	BASSO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione dell'infortunio sul lavoro	artificiosa valutazione dell'accadimento dell'infortunio per vantaggi personali, durante l'indagine interna eseguita dal SP9A a seguito della soppressione della tenuta del registro infortuni (D. Lgs. 151/2015)	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				4	3	BASSO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione DPI: individuazione del fornitore dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) - acquisti diretti ed emergenziali	condizionamento nell'individuazione del fornitore dei DPI	regolamentazione dell'individuazione dei criteri di scelta del DPI/fornitore	verifica dell'attività rispetto alla procedura producendo almeno 1 report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				3	3		SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	gestione fabbisogno nell'appalto guardia antincendio e vigilanza non armata	condizionamento nell'individuazione del fabbisogno da esplicitare in sede di gara di capitolato del servizio guardiana antincendio e vigilanza non armata	regolamentazione dell'individuazione del fabbisogno iniziale	elaborazione di un report illustrativo delle attività svolte.	STRALCIATO perché il servizio è stato inserito nel PPP dal 1 gennaio 2022
29	Gestione del rischio clinico	Risk Manager (Direttore Sanitario)	Direzione Sanitaria	3	3	BASSO	SSD FARMACIA	gestione dei farmaci nelle Strutture organizzative aziendali	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato con report illustrativo	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
				5	5	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	gestione dei rifiuti sanitari	mancato riscontro dei quantitativi pagati (mancata pesatura) per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022
				2	2	BASSO	DIREZIONE SANITARIA	sorveglianza sanitaria	discrezionalità del Medico Competente per vantaggi personali	controllo della fase/attività	mantenere il monitoraggio a cura del process owner con predisposizione di idoneo report	verifica tramite audit: entro il 30/11/2022
30	Gestione della comunicazione informazione	Titolare I.O. Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	3	3		UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	favorire l'accesso dei cittadini ai servizi, migliorare la qualità degli stessi favorendo la partecipazione ed il dialogo tra istituzione e cittadino	utilizzo inappropriato o artificioso delle risorse per vantaggi personali	misure di segnalazione e protezione dei cittadini volte a promuovere l'accesso ai servizi	elaborazione di un report illustrativo del n. di segnalazioni/proposti/appezamenti pervenuti entro la data dell'audit e del trend rispetto ad analogo periodo dell'anno 2019	STRALCIATO perché non soggetto a cambiamenti nel corso degli ultimi 2 anni
31	Tutela del cittadino	Titolare I.O. Responsabile URP e Comunicazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	4	4	BASSO	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE	garantire i diritti rispetto ai principi sull'erogazione dei servizi pubblici gestione dei reclami e delle segnalazioni	inosservanza del processo di trattamento del reclamo con accordi per vantaggi personali	controllo dell'osservanza della procedura	mantenere il monitoraggio a cura del process owner documentato da idoneo report illustrativo	verifica intermedia: al 31/07/2022 verifica finale tramite audit: entro il 30/11/2022

## Allegato 3

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

*Scheda di valutazione livello esposizione al rischio processo/fase - PTPCT 2022-2024*

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*

## Allegato 4

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

ALLEGATO 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ALEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <u>link</u> alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
			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)	SC Affari Generali e Legali
			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
		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)	SC Affari Generali e Legali
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001	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	SSD Politiche del Personale
	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013					
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, 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 dlgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"
Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"	
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"	
	Art. 14, c. 1, lett. 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)		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina 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)				
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	
		Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"	
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale SSD Politiche del personale	
		Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici di staff di Direzione generale SSD Politiche del personale	
		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del personale	
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	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Scientifica per incarichi di collaborazione collegati alla ricerca  SSD Politiche del Personale per altri incarichi di collaborazione  SC Affari Generali e Legali per i patrocini legali  Centro Formazione per gli incarichi di docenza	
			Per ciascun titolare di incarico:			
			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, 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)		
			3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			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)		
Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo				
			Per ciascun titolare di incarico:			

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRA- ZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione				
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale				
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] se dovuta	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).					
		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					
		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					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)					
		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)					
		Personale		Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		SSD Politiche del Personale
					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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					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			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, 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).	
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							
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							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico		Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)							
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		Annuale (non oltre il 30 marzo)							
Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
		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	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	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
				Curriculum vitae	Nessuno	
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	
				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	
	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).				
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza
	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
	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
					Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Costo del 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
				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)	
	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
	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
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	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
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	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
				Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	
			Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	
			Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	
<b>Bandi di concorso</b>	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale	
<b>Performance</b>	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
	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
	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
	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
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SSD Politiche del Personale
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	



ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione					
				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					
	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. n. 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"					
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"					
				Per ciascuno degli enti:							
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)						
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)						
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				Enti controllati	Società partecipate		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	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)	SC Affari Generali e Legali
									Per ciascuna delle società:		
									1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
									2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
									3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
									4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
									5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
									6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)										
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)										
Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
Enti controllati	Provedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provedimenti	Provedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. n. 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali					
				Provedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
				Provedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"					
				Per ciascuno degli enti:							
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)						
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										

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	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inonferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"			
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>					
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedurale rilevante	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
				9) <a href="#">link</a> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione non allo stato disponibile.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Sistema informativo			
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria			
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza			
							<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		
							1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento
							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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del Procedimento
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali			
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 ( <a href="#">link</a> 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)	Pubblicazione automatica mediante l'apposita funzionalità dell'applicativo Adweb (a cura del responsabile del procedimento/struttura proponente)			
	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 ( <a href="#">link</a> 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)				
	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					

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione	
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure  (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)	Tempestivo	SC Gestione Tecnica e Realizzazione Nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici  SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi	
		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		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. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), 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)		
	Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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	Tempestivo	SC Gestione Tecnica e Realizzazione nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici  SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Per ciascuna procedura:	Tempestivo	SC Gestione Tecnica e Realizzazione Nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici  SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Affidamenti 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, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)		Tempestivo		
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)		Tempestivo		

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	SC Gestione Tecnica e realizzazione Nuovo ospedale per opere e lavori pubblici
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi dell'art. 129, comma 1, lett. n), D.Lgs. 19 aprile 2017, n. 56.	
		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	Tempestivo	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun atto:		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 27, c. 1, lett. c), 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. d), 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. e), 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. f), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, 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
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio consuntivo	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
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	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	
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria		
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile agli enti 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 e realizzazione Nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici
	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)	
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
				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
				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

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
				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
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non receipti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
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
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	
	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
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio per la Gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP)
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale	
Pagamenti dell'amministrazione	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
	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
	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
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria
			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
				Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Economico Finanziaria
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	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Tecnica e Realizzazione Nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici
	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 Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione.)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013  Art. 39, c. 2, 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 "Burlò Garofolo"	
			Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Informazioni	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS
			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 rilievi 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)	

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della produzione e pubblicazione
Informazioni ambientali		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)	Responsabile per il processo materno-infantile "Burlo Garofolo"
			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	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile del procedimento
				Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				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
		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	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza
		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 (atti, 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 Gestione Tecnica e Realizzazione nuovo Ospedale per opere e lavori pubblici
		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	SC Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti per forniture di beni e servizi
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione Ufficio Qualità Aziendale
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	non rilevata la tempestività dell'aggiornamento	Allo stato, non si prevedono specifici adempimenti per l'IRCCS materno-infantile "Burlo Garofolo"

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

## Allegato 5

### **Tabelle Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale anno 2022 - 2023 - 2024**







**PIANO FABBISOGNI - ANNO 2022 - Altro**

CONTRATTI FLESSIBILI	TESTE (ATTIVITA' ISTITUZIONALE)	COSTO COMPLESSIVO	TESTE COVID (NO P.C.)	COSTO COMPLESSIVO
co.co.co.	5	60.099,00	2	27.447,00
l.p.				
somministrazione	14	467.626,00		
universitari	14	784.289,00		
IRAP su co.co.co. e borse di studio		121.910,00		2.236,00
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>	<b>1.433.924,00</b>	<b>2</b>	<b>29.683,00</b>

ALTRE INFORMAZIONI		COSTO COMPLESSIVO		COSTO COMPLESSIVO
Prestazioni aggiuntive dirigenza *				52071,84
Prestazioni aggiuntive comparto				

\* prestazioni aggiuntive comprensive di IRAP

esercizio 2022			TOTALE	di cui D.O. ISTITUZIONALE	di cui D.O. COVID-19 (escl. cont. Prot. Civile)
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	39.618.442,00	38.388.854,00	1.229.588,00
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministrat ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	87.546,00	60.099,00	27.447,00
	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	34.387,00	34.387,00	-
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	433.239,00	433.239,00	-
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	784.289,00	784.289,00	-
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	-	-	-
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	2.652.030,00	2.566.218,00	85.812,00
	YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	124.146,00	121.910,00	2.236,00
<b>TOTALE 2022 escluse RAR (*)</b>			<b>A 43.734.079,00</b>	<b>42.388.996,00</b>	<b>1.345.083,00</b>
1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi) - <b>PER LA QUOTA IMPUTABILE AI CONTI MONITORATI NON COMPRESA SOPRA</b>			<b>B 252.299,75</b>		
RAR storiche 2021 (comprensive di oneri riflessi)			1.148.122,92	(a) - foglio note	
<b>TOTALE 2022 con 1% m.s. e RAR</b>			<b>45.134.501,67</b>		
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		661.808,69		
	(-) 305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		26.635,00		
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		23.464,00		
	(-) rinnovi contrattuali post 2004 al 2009		5.570.680,84	(b) - foglio note	
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL comparto (competenza)		721.306,75	(c) - foglio note	
	(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerche sanitarie e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		2.500.000,00		
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area sanità (competenza)		498.664,66	(d) - foglio note	
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area funzioni locali(competenza)		38.567,67	(e) - foglio note	
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		130.161,42		
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		74.443,41		
	(-) elemento perequativo comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		142.797,79		
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		51.336,87		
	(-) incremento indennità esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407		457.007,07		
	(-) costi personale compresi in C.E. a seguito di attivazione nuove funzioni/attività o reinternalizzazioni dal 2022		-	vedi foglio nuove attività (in attesa adeguamento tetto di spesa)	
	(-) personale reclutato/prorogato per emergenza COVID-19		1.345.083,00		
<b>TOTALE DETRAZIONI</b>			<b>12.241.957,17</b>		
<b>TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI 2022</b>			<b>32.892.544,50</b>		
<b>TETTO DI SPESA 2022</b>			<b>33.780.323,85</b>		

rispettato

887.779,35

Incremento 1% come tetto massimo del fondo produttività/risultato	Importo	Oneri	Totale
Dirigenza Sanitaria	59.391,84	19.896,27	79.288,11
Dirigenza PTA	910,45	305,00	1.215,45
Comparto	128.686,29	43.109,91	171.796,20
			<b>252.299,75</b>

Gli oneri sull'1% del monte salari sono stati calcolati applicando la % del 33,50% (8,5% IRAP+23,80% ex CPDEL+1,2% aliquota media dell'Istituto)

riepilogo tabelle fabbisogni	D.O. ISTITUZIONALE	D.O. COVID-19 (NO P.C.)
personale dipendente	40.955.072,00	1.311.320,64
contratti flessibili	1.433.924,00	33.762,36
	42.388.996,00	1.345.083,00
TOTALE 2022 escluse RAR	42.388.996,00	1.345.083,00
Diff.	-	0,00



**PIANO FABBISOGNI - ANNO 2023 - Altro**

CONTRATTI FLESSIBILI	TESTE (ATTIVITA' ISTITUZIONALE)	COSTO COMPLESSIVO
co.co.co.	3	35.523,58
l.p.	2	50.000,00
universitari	14	850.000,00
somministrazione	16	677.203,77
IRAP su co.co.co. e borse di studio		116.801,20
<b>TOTALE</b>	35	1.729.528,55

ALTRE INFORMAZIONI		COSTO COMPLESSIVO
Prestazioni aggiuntive dirigenza		
Prestazioni aggiuntive comparto		

		esercizio 2023	TOTALE
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	39.094.499,00
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministrat ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	35.523,58
	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	50.000,00
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	46.621,41
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	630.582,36
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	850.000,00
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	2.590.500,00
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	116.801,20
		<b>TOTALE 2023 escluse RAR (*)</b>	<b>43.414.527,55</b>
		1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi) - <b>PER LA QUOTA IMPUTABILE AI CONTI MONITORATI NON COMPRESA SOPRA</b>	252.299,75
		RAR storiche 2021 (comprensive di oneri riflessi)	1.148.122,92
		<b>TOTALE 2023 con 1% m.s. e RAR</b>	<b>44.814.950,22</b>
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		670.000,00
	(-) 305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		10.000,00
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		13.400,00
	(-) rinnovi contrattuali post 2004 al 2009		5.570.680,84
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL comparto (competenza)		721.306,75
	(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		2.500.000,00
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area sanità (competenza)		498.664,66
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area funzioni locali(competenza)		38.567,67
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		130.161,41
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		74.443,41
	(-) elemento perequativo comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		142.797,79
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		130.161,42
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		74.443,41
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		
	(-) incremento indennità esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407		460.000,00
	) costi personale compresi in C.E. a seguito di attivazione nuove funzioni/attività o reinternalizzazioni dal 2022		
		<b>TOTALE DETRAZIONI</b>	<b>11.034.627,36</b>
		<b>TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI 2023</b>	<b>33.780.322,86</b>
		<b>TETTO DI SPESA 2023</b>	<b>33.780.323,85</b>

rispettato

riepilogo tabelle fabbisogni personale dipendente	<b>D.O. ISTITUZIONALE</b>	41.684.999,00
contratti flessibili		1.729.528,55
		43.414.527,55
TOTALE 2023 escluse RAR (*)		43.414.527,55
Diff.		-



**PIANO FABBISOGNI - ANNO 2024 - Altro**

CONTRATTI FLESSIBILI	TESTE (ATTIVITA' ISTITUZIONALE)	COSTO COMPLESSIVO
co.co.co.	3	35.523,58
l.p.	2	50.000,00
universitari	14	850.000,00
somministrazione	16	677.203,77
IRAP su co.co.co. e borse di studio		116.801,20
<b>TOTALE</b>	<b>35</b>	<b>1.729.528,55</b>

ALTRE INFORMAZIONI		COSTO COMPLESSIVO
Prestazioni aggiuntive dirigenza		
Prestazioni aggiuntive comparto		



		esercizio 2024	TOTALE
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	39.094.499,00
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministrat ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	35.523,58
	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	50.000,00
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	46.621,41
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	630.582,36
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	850.000,00
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	2.590.500,00
	YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	116.801,20
		<b>TOTALE 2024 escluse RAR (*)</b>	<b>43.414.527,55</b>
1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi) - PER LA QUOTA IMPUTABILE AI CONTI MONITORATI NON COMPRESA SOPRA			252.299,75
		RAR storiche 2021 (comprensive di oneri riflessi)	1.148.122,92
		<b>TOTALE 2024 con 1% m.s. e RAR</b>	<b>44.814.950,22</b>
DETRAZIONI	(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo		670.000,00
	(-) 305 100 750 300 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		10.000,00
	(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		13.400,00
	(-) rinnovi contrattuali post 2004 al 2009		5.570.680,84
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL comparto (competenza)		721.306,75
	(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		2.500.000,00
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area sanità (competenza)		498.664,66
	(-) rinnovi triennio 2016-2018 CCNL dirigenza area funzioni locali(competenza)		38.567,67
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		130.161,41
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		74.443,41
	(-) elemento perequativo comparto (anticipo rinnovo CCNL 2019-2021)		142.797,79
	(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		130.161,42
	(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)		74.443,41
	(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra		
	(-) incremento indennità esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407		460.000,00
	-) costi personale compresi in C.E. a seguito di attivazione nuove funzioni/attività o reinternalizzazioni dal 2022		
			<b>TOTALE DETRAZIONI</b>
		<b>TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI 2024</b>	<b>33.780.322,86</b>
		<b>TETTO DI SPESA 2024</b>	<b>33.780.323,85</b>

rispettato

		D.O. ISTITUZIONALE
riepilogo tabelle fabbisogni personale dipendente		41.684.999,00
contratti flessibili		1.729.528,55
		43.414.527,55
TOTALE 2024 escluse RAR (*)		43.414.527,55
Diff.		-