



Piano Integrato di Attività e Organizzazione(PIAO)

2024 - 2026

Sommario

Premessa

INTRODUZIONE	1
COME LEGGERE IL PIAO	2
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA	2
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	3

2.1 SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO	3
---	----------

2.2 SOTTOSEZIONE PERFORMANCE	4
-------------------------------------	----------

2.2.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE	4
2.2.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	11
2.2.3 ACCESSIBILITA' FISICA E DIGITALE	11
2.2.4 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE	12
2.2.5 PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE	13

2.3 SOTTOSEZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	16
--	-----------

2.3.1 FINALITA'	16
2.3.2 PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA: SOGGETTI COINVOLTI	19
2.3.3 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	21
2.3.4 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	29
2.3.5 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE	31
2.3.6 TRASPARENZA	44
2.3.7 MONITORAGGIO E RIESAME	49
2.3.8 EROGAZIONI LIBERALI A SOSTEGNO DEL CONTRASTO ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19	50
2.3.9 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E FONDI PNRR	51

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	52
--	-----------

3.1 SOTTOSEZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA	52
--	-----------

3.1.1 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2023	53
3.1.2 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	53

3.2 SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	54
--	-----------

3.2.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO E MISURE ORGANIZZATIVE	54
3.2.2 CARATTERISTICHE E CONDIZIONI DEL LAVORO AGILE	55
3.2.3 AMBITO DI APPLICAZIONE E SOGGETTI INTERESSATI	55
3.2.4 ATTIVITA' CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODALITA' AGILE	56
3.2.5 CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL LAVORO AGILE	56
3.2.6 MODALITA' DI ACCESSO AL LAVORO AGILE	57
3.2.7 MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO AGILE	58
3.2.8 PERCORSI FORMATIVI	59
3.2.9 MONITORAGGIO IMPATTO LAVORO AGILE E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE	59
3.2.10 DIPOSIZIONI FINALI	60

3.3 SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	60
--	-----------

3.4 SOTTOSEZIONE: FORMAZIONE DEL PERSONALE	61
---	-----------

SEZIONE 4 MONITORAGGIO	61
-------------------------------	-----------

4.1 SOTTOSEZIONE MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO	61
4.2 SOTTOSEZIONE MONITORAGGIO PERFORMANCE	62
4.3 SOTTOSEZIONE MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	62
4.4 SOTTOSEZIONE MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	62

APPENDICI

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Allegato 1 - PTPCT anni 2024-2026 mappatura SOC Approvvigionamenti Economato e Logistica

Allegati 2 – PTPCT anni 2024-2026 mappatura SOC Gestione Tecnica

Allegato 3 - PTPCT anni 2024-2026 mappatura SOC Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane

Allegato 4 - PTPCT anni 2024-2026 mappatura SOC Gestione Economico Finanziaria

Allegato 5 - PTPCT anni 2024-2026 mappatura Centro Attività Formative

Allegato 6 – PTPCT anni 2024-2026 mappatura Direzione Sanitaria

Allegato 7 – PTPCT anni 2024-2026 mappatura Direzione Scientifica

Allegato 8 – Clausola Pantouflage

PREMESSA

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 801, convertito con la legge n. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Nello specifico si tratta di un documento di programmazione e governance unico che accorpa una serie di atti e documenti già previsti dalla normativa e, in particolare tra gli altri, il Piano della Performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del Personale, la programmazione dei fabbisogni formativi. Successivamente il DM 24.06.2022 ha disciplinato i contenuti del PIAO e il DPR n. 81 del 24.06.2022 ha individuato gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO.

Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'Istituto, nonché del rafforzamento della capacità amministrativa funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'obiettivo principale del PIAO è, infatti, la semplificazione delle procedure di programmazione al fine di garantire trasparenza, maggiore efficienza, efficacia e servizi migliori resi agli utenti.

L'art. 6 del decreto legge 80/2021, prevede, in particolare, che il PIAO abbia durata triennale, aggiornato annualmente, e definisca:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) 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, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

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

COME LEGGERE IL PIAO

Nella redazione del documento, per facilitare la comprensione dei contenuti anche a un pubblico di non addetti ai lavori e l'accessibilità a tutti i cittadini e utenti, qualunque sia l'età anagrafica o il livello di capacità digitale, l'Istituto ha adottato uno stile accessibile, inclusivo e di facile utilizzo (user-friendly), sia per la versione stampa che quella digitale.

In particolare, si è cercato di rispettare gli standard di impaginazione (legibility) e organizzazione del testo, dei contenuti e del lessico (readability), secondo gli standard riconosciuti.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA

ENTE	IRCSS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)
SEDE LEGALE	VIA FRANCO GALLINI N.2
SITO ISTITUZIONALE	https://www.cro.sanita.fvg.it/it/
TELEFONO (UFFICIO PROTOCOLLO)	+39- 0434 659272
FAX	+39-0434652182
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	protocollo@pec.cro.it
E-MAIL URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico – CRO urp@cro.it
CODICE FISCALE / PARTITA IVA	00623340932

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) classificato come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale per l'Oncologia.

La mission del CRO è dedicata:

- allo sviluppo dell'eccellenza nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti oncologici attraverso un approccio multidisciplinare e integrato;
- alla ricerca traslazionale che collega i laboratori di ricerca al letto del paziente e viceversa;
- alla formazione universitaria;
- al coinvolgimento dei pazienti.

Il CRO, inaugurato nel 1984, è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed accreditato come IRCCS nel 1990 ed è tuttora confermato tale in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali.

L'Istituto è un ospedale pubblico che ha acquisito e mantiene quindi una doppia afferenza: al Sistema Sanitario della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (FVG) e al Ministero della Salute.

A tale proposito si richiama il D.lgs. 23.12.2022, n. 200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3" che ha profondamente aggiornato e rivisto la normativa di riferimento degli IRCCS, con particolare riguardo a:

- integrazione attività di ricerca e clinico/assistenziale;
- area di afferenza per IRCCS monotematici e politematici;
- criteri di valutazione per il riconoscimento di "carattere scientifico" da parte del Ministero;
- sezione della ricerca e personale della ricerca;
- bacini medi d'utenza e riferimenti territoriali.

Rispetto alle scadenze fissate dal predetto decreto legislativo, nel primo trimestre 2023 sono stati adottati gli atti e le determinazioni di adeguamento alle nuove previsioni normative e in base alla documentazione trasmessa dall'Istituto riguardante l'attività di ricerca, clinica e assistenziale nonché l'organizzazione e gli aspetti gestionali, il Ministero ha confermato l'afferenza all'area oncologica. (Decreto Ministero Salute 25.10.2023, GU 9.11.2023).

Il CRO si conferma inoltre Comprehensive Cancer Center (Centro oncologico integrato), quale prestigioso riconoscimento – che giunge al termine di una procedura di accreditamento e verifica molto selettiva e condotta da esperti internazionali – nuovamente assegnato all'Istituto da OEIC (Organisation of European Cancer Institutes), l'organizzazione che, dal 1979, raggruppa i più importanti Centri di ricerca oncologica in Europa e non solo.

In tale contesto l'Istituto mantiene attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento nazionale sulle patologie di pertinenza sia per le attività clinico assistenziali sia per la partecipazione e lo sviluppo di linee di ricerca. L'attrazione esercitata sulla popolazione oncologica è legata alle specificità del CRO, che offre un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare, la possibilità di

accedere a cure innovative e di partecipare allo sviluppo delle conoscenze scientifiche, sia promuovendo che partecipando a protocolli di ricerca clinica e traslazionale. E' riconosciuta a tutti i livelli la capacità degli operatori sanitari del CRO di dare centralità al paziente come persona e soggetto sociale. In generale, il CRO ha lo sguardo sempre rivolto all'innovazione, che include sperimentazioni su nuovi modelli organizzativi, sociosanitari e scientifici.

La struttura organizzativa, l'attribuzione delle responsabilità, le modalità di gestione e le sinergie del personale sono pianificate in modo da garantire la massima efficacia ed efficienza nel governo e nella *governance* dell'Istituto. Per questi motivi il CRO si ispira ai seguenti principi:

- tutela della dignità della persona umana; equità di accesso ai servizi; l'universalismo della risposta ai bisogni di salute; la valutazione continua della qualità e dell'adeguatezza degli interventi proposti; il buon uso delle risorse - in accordo con i principi ispiratori del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale;
- principi etici contenuti nella Dichiarazione di Helsinki (1964) e nella Convenzione di Oviedo (1997) per la tutela dei diritti umani e della dignità in relazione all'applicazione della biologia e della medicina;
- centralità della persona, competenza, correttezza e innovazione;
- formazione continua e partecipazione a ricerche di alta qualità volte a fornire interventi con il migliore rapporto rischio-beneficio ed un'efficace comunicazione;
- coinvolgimento degli attori istituzionali locali, regionali e nazionali, del settore del volontariato e della società civile concentrandosi sui bisogni dei cittadini e sulla mitigazione delle disuguaglianze;
- liceità e trasparenza nelle attività cliniche, di ricerca e amministrative.

2.2 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 i 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.

2.2.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

Gli obiettivi generali e specifici per l'anno 2024 sono contenuti nel piano attuativo aziendale approvato con deliberazione del direttore generale n. 101 del 21.02.2024. In questo documento l'Istituto ha formulato la programmazione dell'erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell'anno 2024, individuando le linee di attività dell'area clinico-assistenziale e di ricerca e declinando, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione e definendo altresì la programmazione delle assunzioni di personale e il piano degli investimenti.

In particolare si evidenzia che, in continuità con il 2023, gli obiettivi riguardano le seguenti aree:

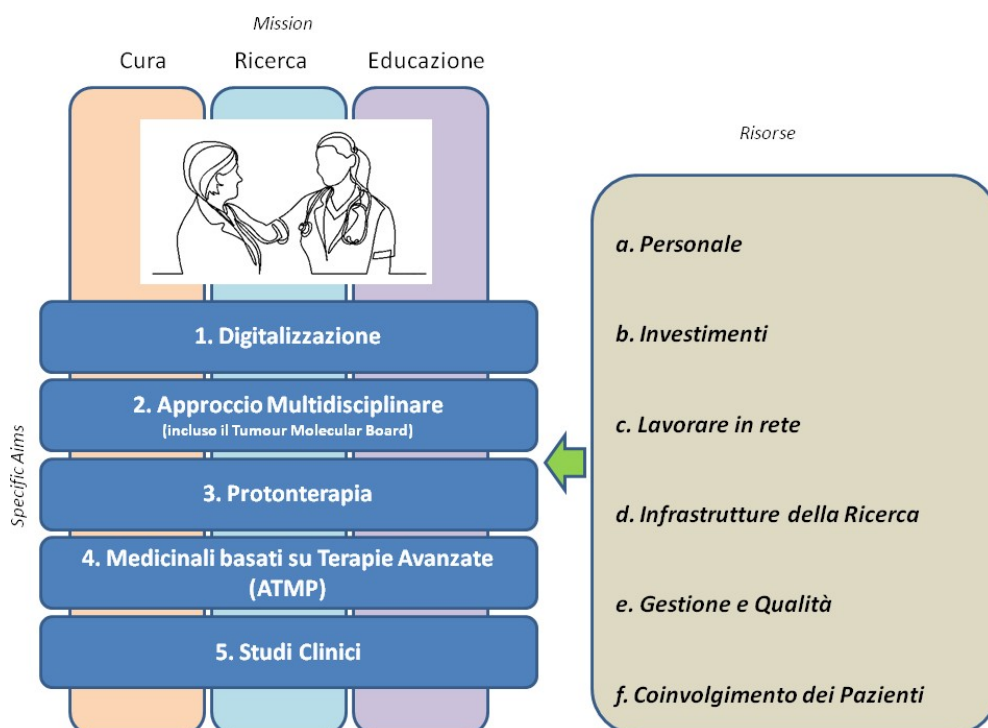
- programma di screening di II livello
- rete senologica

- governo liste di attesa e percorso del paziente chirurgico programmato
- appropriatezza e efficienza operativa
- assistenza farmaceutica e dispositivi medici
- rischio clinico e cure sicure FVG
- progetti PNNR

Per un maggior dettaglio degli obiettivi e dei relativi risultati attesi, si rimanda al piano attuativo anno 2024.

Oltre alle linee progettuali definite dalla programmazione regionale, nel 2024 si intendono consolidare e/o avviare alcune specifiche attività al fine di assicurare un livello di assistenza sempre più completo e di eccellenza, anche in collaborazione con altri Enti e strutture. L'integrazione delle attività con ASFO, sia sul versante ospedaliero che su quello territoriale, deve essere perseguita al fine di dare risposte sempre più efficaci, anche aggiornando i protocolli in essere o sviluppandone di altri più adeguati alle nuove esigenze. Nel corso del 2024 verrà costituito il *Dipartimento Funzionale Interaziendale di Medicina Trasfusione (DIP-FIMT)* così come previsto negli atti aziendali delle due aziende. Tale modello di integrazione rappresenta un'innovazione organizzativa e gestionale che vuole favorire la sostenibilità del sistema e sviluppare vantaggi assistenziali per la sicurezza dei pazienti afferenti ad ASFO e all'IRCCS CRO.

Inoltre l'Istituto proseguirà nell'attuazione del piano strategico triennale 2022-2024 che definisce per le cinque linee progettuali i principali obiettivi da perseguire per il triennio.



Il piano viene attuato con azioni per ogni obiettivo specifico e con priorità in base alle risorse disponibili

Obiettivo specifico	Azioni	Descrizione azione
<p align="center">1. Digitalizzazione</p>	<p>1.1. Completa implementazione della nuova cartella elettronica</p>	<p>1.1.a Completare la gestione clinica di tutti i pazienti utilizzando la nuova eHR (comprendente una visione breve e aggiornata di tutti gli accessi, trattamenti, tossicità, risposte al trattamento, tempi e siti di progressione), fornendo accesso ai dati in tempo reale a tutti gli operatori coinvolti nel percorso sanitario del paziente.</p> <p>1.1.b Organizzare tutte le attività mediche ed infermieristiche (es. appuntamenti, agende, piani di lavoro, consegne, esami) utilizzando la nuova eHR.</p> <p>1.1.c Ottimizzare l'aggiornamento, la gestione e la progettazione di modulistica e documenti (es. tessera del paziente, lettere o referti di dimissione, consenso informato privacy, prescrizioni).</p> <p>1.1.d Supportare la gestione amministrativa degli eventi sanitari (es. attraverso l'integrazione con piattaforme informatiche dedicate alle prescrizioni, ai ricoveri).</p> <p>1.1.e Garantire una gestione dei dati sicura e protetta.</p> <p>1.1.f Potenziare nuove pipeline di ricerca nel campo dei big data, grazie alla possibilità d'integrazione della nuova eHR con altri sistemi.</p>
	<p>1.2 Avviare la piattaforma informatica per la ricerca clinica</p>	<p>1.2.a Approvazione formale della Valutazione di impatto sulla protezione dei dati della piattaforma informatica secondo la normativa italiana GDPR.</p> <p>1.2.b Individuare e affidare formalmente ad una Struttura del CRO la responsabilità di amministrare, aggiornare e monitorare la piattaforma informatica di ricerca.</p> <p>1.2.c Assumere nuovo personale con competenze nei settori dell'informatica, della scienza dei dati, della statistica e dell'ingegneria.</p> <p>1.2.d Consolidare le collaborazioni con i partner regionali nel campo della scienza dei dati e dell'informatica al fine di creare piattaforme di ricerca condivise con possibilità di scambio di ricercatori e accesso a strutture condivise.</p> <p>1.2.e Avviare nuovi progetti volti a realizzare studi di popolazione con le regioni limitrofe (es. Veneto, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna).</p>
	<p>1.3. Aggiornare le infrastrutture IT</p>	<p>1.3.a Rafforzare la telemedicina e le televisite.</p> <p>1.3.b Sostituire le infrastrutture di rete IT in accordo con i nuovi standard di sicurezza.</p> <p>1.3.c Noleggiare l'hardware che ospiterà i database e il software che sono stati creati per la piattaforma di ricerca informatica.</p>
<p align="center">2. Approccio multidisciplinare</p>	<p>2.1. Estendere l'approccio multidisciplinare a tutti i pazienti</p>	<p>2.1.a Consolidare tutti i Team Multidisciplinari approvando formalmente le linee guida cliniche e implementare l'uso della nuova eHR (vedi 1.1.a).</p> <p>2.1.b Rafforzare le collaborazioni già in essere con l'ospedale di Pordenone includendo gli ospedali spoke della provincia di Pordenone.</p> <p>2.1.c Monitorare l'MDT utilizzando la nuova eHR, incluso l'arruolamento di pazienti negli studi clinici.</p> <p>2.1.d Finanziare con fondi propri dell'Istituto ciascun Team Multidisciplinare (compreso il Team di Cure Palliative) al fine di progettare uno studio clinico sperimentale, il cui PI sia un giovane</p>

		<p>medico e il protocollo incorpori elementi traslazionali e l'uso della piattaforma di ricerca informatica.</p> <p>2.1.e Implementare formalmente le nuove funzioni del CRO e assumere le risorse necessarie al fine di migliorare l'approccio multidisciplinare (oncodermatologia, riabilitazione, chirurgia plastica, oncogenetica).</p>
	2.2. Realizzare il Molecular Tumor Board al CRO	<p>2.2.a Approvare formalmente il Molecular Tumor Board e le linee guida al CRO, integrando la sua attività nella eHR (vedi 1.1.a). Implementare di conseguenza un sistema di monitoraggio.</p> <p>2.2.b Definire d'intesa con la Regione FVG una valorizzazione economica delle analisi genomiche mediante tecnologie Next Generation Sequencing che tenga conto del tipo di campione da analizzare, del tempo/uomo, del costo dei reagenti e dell'usura delle apparecchiature utilizzate.</p> <p>2.2.c Utilizzare la piattaforma di ricerca informatica per ospitare i dati genomici in accordo con il GDPR</p> <p>2.2.d Completare la certificazione ISO 15189 del Dipartimento di Ricerche Traslazionali.</p>
	2.3 Guidare la rete regionale del cancro al seno	<p>2.3.a Creare le linee guida regionali per la cura del cancro al seno in collaborazione con i partner regionali. Includere la Radioterapia Intraoperatoria (IORT) nelle linee guida regionali secondo criteri di inclusione definiti.</p> <p>2.3.b Implementare nelle linee guida cliniche le raccomandazioni relative alla valutazione molecolare delle mutazioni del DNA in geni selezionati.</p>
3. Protonterapia	3.1 Monitorare la costruzione della struttura per la Protonterapia	3.1.a Pianificare e iniziare a richiedere le autorizzazioni necessarie per attivare una Struttura di Protonterapia
	3.2 Rafforzare la rete con le strutture nazionali e internazionali di Protonterapia	<p>3.2.a Formalizzare la collaborazione con il Centro di Oncologico Adroterapia (CNAO) per attività di ricerca e formazione e avvio di programmi condivisi.</p> <p>3.2.b Creare nuove collaborazioni con strutture internazionali di Protonterapia per programmi di ricerca e istruzione.</p>
	3.3 Aggiornare l'attuale organizzazione per includere la struttura di protonterapia.	<p>3.3.a Assumere personale con competenze in fisica, radioterapia, bioingegneri, tecnici radiologi, compreso il personale amministrativo. Questo personale sarà esclusivamente dedicato al progetto di Protonterapia.</p> <p>3.3.b Partecipare a tavole rotonde nazionali sulle raccomandazioni sul cancro e sul rimborso della terapia a protoni.</p>
4. Medicinali basati su terapie avanzate (ATMP)	4.1 Monitorare l'aggiornamento dell'infrastruttura per le terapie cellulari	<p>4.1.a Assegnare il lavoro all'appaltatore</p> <p>4.1.b Test della struttura</p>
	4.2 Consolidare l'organizzazione della struttura di Terapie Cellulari	<p>4.2.a Assumere personale dedicato al trapianto di midollo osseo inclusi ematologi/immunologi, infermieri e tecnici di laboratorio.</p> <p>4.2.b Aumentare il numero dei posti letto e delle attività secondo gli standard nazionali per essere accreditati come unità di trapianto allogenico.</p> <p>4.2.c Aumentare gli studi clinici di Fase I</p>

5. Studi clinici	5.1 Aggiornare il modello di processo aziendale degli studi clinici	<p>5.1.a Formalizzare un nuovo regolamento per l'approvazione degli studi clinici presso il CRO Aviano. Il miglioramento principale sarà la creazione di un team multidisciplinare di ricercatori, personale legale e finanziario che migliora i moduli di fattibilità da presentare al Comitato Etico Centrale. Il team incontra i PI e i coordinatori degli studi clinici da presentare e discute insieme i miglioramenti.</p> <p>5.1.b Il team crea un cruscotto, fornisce alla Direzione Strategica una relazione sulla performance e il piano di miglioramento degli studi clinici (es. arruolamento dei pazienti per anno, arruolamento dei pazienti per patologia, numero e tipo di studi clinici attivi, durata delle diverse fasi, analisi dei commenti del Comitato Etico al fine di prevenire ritardi, numero di pazienti previsti per l'iscrizione, ecc...)</p>
	5.2 Incoraggiare la partecipazione a studi clinici	<p>5.2.a Incoraggiare la presentazione di studi sperimentali guidati dal CRO Aviano (vedi 2.1.d)</p> <p>5.2.b Completare l'ammodernamento dell'Unità Farmaci Antiblastici</p>

Obiettivo specifico 1: digitalizzazione

1.1 La nuova cartella clinica oncologica elettronica

Nel 2024 l'Istituto è impegnato nell'ulteriore implementazione e nel consolidamento dell'utilizzo della cartella oncologica informatizzata nei diversi setting assistenziali: area terapia, area ambulatoriale e area di degenza. In particolare si provvederà ad estendere l'utilizzo di log 80 presso l'area terapie di San Vito e si proseguirà con l'inserimento dei protocolli di chemioterapia delle aree di patologia non ancora transitate nel sistema Log80 (ematologia, oncoematologia e area giovani). Inoltre sarà esteso l'utilizzo della cartella clinica anche alla Chirurgia oncologica, completando l'implementazione avviata nel 2023 (Oncologia Medica e dei Tumori immuno-correlati, Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica, Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari, Area Giovani e Radioterapia Pediatrica, Oncologia Radioterapica), migliorando ulteriormente la presa in carico del paziente da parte dell'Istituto.

Questa innovazione ha notevoli ricadute sul funzionamento e sulla sicurezza dei processi clinici ed assistenziali e rende necessaria una rilettura delle procedure operative sia della componente medica, che di quella infermieristica. La cartella oncologica aumenta la tracciabilità di ogni atto clinico e assistenziale e garantisce la disponibilità e la fruibilità dell'informazione sul paziente e sugli episodi clinici occorsi nella sua presa in carico, ad ulteriore garanzia della qualità delle cure.

1.2 Avviare la piattaforma informatica per la ricerca clinica e 1.3. Aggiorna l'infrastruttura IT

L'obiettivo è quello di realizzare una piattaforma integrata dedicata alla ricerca clinica/traslazionale, includendo l'elenco di tutti gli studi clinici attivi presso il CRO, il modulo per l'arruolamento dei pazienti e il modulo delle schede di raccolta dati, rispettivamente per gli studi monocentrici e multicentrici, intercettando anche gli archivi dei campioni conservati all'interno dei diversi laboratori.

La realizzazione di tale obiettivo è correlata ad una manutenzione evolutiva sui server di Istituto in ottica di rinnovare quelli obsoleti e migliorare la sicurezza complessiva dei sistemi, in rispetto di quanto previsto dalle linee guida ACN (Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale).

Lo sforzo di miglioramento della digitalizzazione del CRO ha segnato nel 2023 progressi riguardo alla valutazione e implementazione della nuova piattaforma informatica per la ricerca. A dicembre 2023 è stato pubblicato un “Avviso esplorativo di indagine di mercato per la fornitura di una piattaforma informatica per la gestione e l'analisi di dati sanitari negli studi clinici”.

Con questo avviso l'Istituto intende pertanto reperire sul mercato ed utilizzare una soluzione informatica integrata che sia in grado di garantire le seguenti funzionalità:

- consentire la governance degli studi clinici all'interno dell'Istituto (quali ad esempio, tipologia dello studio, fasi dell'approvazione amministrativa ed etica, tempistiche);
- gestire la raccolta dei dati inerenti agli studi clinici;
- gestire l'arruolamento dei pazienti e dei relativi campioni biologici in uno specifico studio;
- consentire la creazione di schede elettroniche di raccolta dei dati clinici;

● fornire il successivo utilizzo ed analisi di tali schede sia per studi monocentrici che multicentrici. La soluzione informatica che si intende acquisire nel 2024 deve, preferibilmente, basarsi su software open source e/o largamente utilizzato nella comunità della ricerca oncologica e deve prevedere la possibilità di essere allo stesso tempo ospitata nei cloud qualificati ACN (ad esempio per la creazione di schede elettroniche di raccolta dei dati clinici) e installata nell'infrastruttura del CRO (ad esempio per l'arruolamento e raccolta dei dati personali dei pazienti, per l'analisi ed elaborazione ulteriori dei dati raccolti).

La soluzione deve poter essere integrabile in futuro con altri applicativi (ad esempio la cartella clinica elettronica) mediante i vigenti standard di comunicazione in campo sanitario (ad esempio HL7 e DICOM).

Inoltre, deve poter offrire la possibilità di esportare i dati raccolti in formati aperti e di integrarsi con eventuali altri applicativi per le interrogazioni e ulteriori analisi sia inerenti ai singoli studi clinici ma anche inerenti all'efficacia ed efficienza dei processi aziendali sottostanti.

Infine, la soluzione dovrà preferibilmente basarsi su strumenti di riferimento nella comunità e/o open source.

Obiettivo specifico 2: Approccio multidisciplinare

Nel corso del 2023 è stato sperimentato su 7 GAMO (Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici) l'utilizzo di un modulo informatizzato per la gestione dei team multidisciplinari, che sono lo strumento privilegiato per la presa in carico del paziente presso l'Istituto.

Tale sistema informativo supporta lo svolgersi dei percorsi, dalla proposta del caso alla decisione assunta, e consente di misurarne l'attività e la performance, quale prerequisito per definire percorsi di miglioramento interno, avendo come riferimento il documento di valutazione dei team multidisciplinari dell'NHS.

Nel 2024 proseguiranno le attività e si procederà ad estendere l'utilizzo agli altri GAMO attivi. In particolare sarà completato il modulo che gestisce il funzionamento del “Molecular Tumor Board” che è l'organismo multidisciplinare che valuta ed interpreta l'esito di test molecolari complessi volti all'identificazione di alterazioni molecolari di varia natura, per la definizione di profili terapeutici personalizzati per pazienti oncologici.

Obiettivo specifico 3: Protonterapia

A dicembre 2021, in esito alla sottoscrizione del contratto per l'affidamento della fornitura, comprensiva della progettazione e delle opere edili ed impiantistiche, per la realizzazione di un sistema di "protonterapia", ha preso avvio la fase esecutiva dell'opera.

La Radioterapia Oncologica del CRO è sempre stata una Struttura all'avanguardia internazionale. La terapia di numerose patologie tumorali con protoni ha avuto, in particolare, una notevole evoluzione tecnologica anche mediante l'utilizzo di fasci rotanti di protoni intorno al target tumorale, con conformazione della dose paragonabile a quella ottenuta dalle terapie ad intensità modulata (IMRT) con fotoni. Tale tecnologia permette di offrire, con minore tossicità, sia trattamenti esclusivi e curativi con protoni sia trattamenti che comprendono l'uso in sequenza di IMRT, IGRT, Tomoterapia, erogati da acceleratori di fotoni già in funzione nella struttura di Radioterapia Oncologica del CRO, e proton-terapia con finalità di dose-intensity nella malattia macroscopica.

Oltre che l'acquisizione dell'apparecchiatura, il progetto "PROTONI" prevede sostanziosi investimenti nella formazione del personale della radioterapia e nello sviluppo di progetti traslazionali sull'efficacia e i meccanismi biologici specifici di questo tipo di radiazione (in confronto a quella a fotoni).

A fine del 2023 è stato acquisito il progetto esecutivo da parte dell'ATI affidataria dell'appalto; nel corso del 2024 le attività per la realizzazione dell'opera proseguiranno secondo la tempistica scandita dal relativo cronoprogramma.

Obiettivo specifico 4: Medicinali per terapie avanzate (ATMP)

L'oncologia di precisione si è estesa a nuovi approcci terapeutici basati su geni, cellule e tessuti (ATMP).

Per questi sono in corso validazioni di modelli in vitro e in vivo per lo sviluppo di CART-T e loro uso clinico. Contemporaneamente si sta procedendo all'upgrade delle "Clean Room" per manipolazioni di cellule. Si tratta del primo passo per l'allestimento di un Laboratorio per ATMP in condizioni di Good Manufacturing Practices (GMP).

Obiettivo specifico 5: Studi clinici

Nel corso del 2023 è stato aggiornato il percorso aziendale degli studi clinici ed in particolare con delibera n. 426 del 13.10.2023 è stato costituito il nucleo di ricerca clinica dell'Istituto con la funzione di valutazione della fattibilità locale degli studi clinici con riferimento agli aspetti scientifici, organizzativi e gestionali assicurando in questo modo una gestione organica degli stessi.

Il CRO sta inoltre realizzando una piattaforma informatica per studi clinici che integra moduli amministrativi ed elettronici di ricerca clinica, pipeline per l'identificazione di varianti genetiche e strumenti che consentono l'integrazione di questi dati. Questa piattaforma informatica è già stata progettata e pilotata.

Nel 2024, oltre a concludere le attività previste dal piano di miglioramento dell'UFA, il programma si propone di aumentare il numero di pazienti arruolati nelle sperimentazioni cliniche in generale e curare particolarmente l'aspetto formativo sia del personale medico che di quello infermieristico.

Nel corso dell'anno è inoltre prevista una visita AIFA on site per completare l'ispezione del Programma Fasi I - centro clinico e per certificare il Laboratorio Fasi I.

2.2.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le diverse fasi in cui si articola il ciclo della *performance* consistono nella programmazione, nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel monitoraggio in corso di esercizio e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance* organizzativa e individuale e nell'utilizzo dei sistemi premianti.

Nell'Istituto la performance viene misurata a livello:

- complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance organizzativa aziendale), prioritariamente derivanti dagli obiettivi strategici regionali e ministeriali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- di singola articolazione organizzativa (performance organizzativa dei singoli centri di responsabilità);
- di singolo dipendente (performance individuale).

La performance organizzativa e quella individuale sono strettamente correlate in tutte le fasi del ciclo.

La performance organizzativa viene valutata, nel perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale e nel PIAO, sia a livello complessivo sia nelle varie articolazioni previste nell'atto aziendale.

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

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

Gli esiti del percorso di budget e le relative schede verranno formalizzate con apposito decreto e la valutazione della performance organizzativa ed individuale seguirà l'iter disciplinato dal Sistema di misurazione e valutazione della Performance aziendale.

2.2.3. ACCESSIBILITÀ FISICA E DIGITALE

Tutte le strutture attuali dell'Istituto sono state costruite secondo le normative vigenti in materia di accessibilità fisica. Nell'ambito degli interventi di adeguamento edile che l'Istituto intende realizzare si terrà conto delle disposizioni normative in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche.

In merito all'accessibilità digitale, al fine di rendere i sistemi informatici del CRO capaci 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, in data 02.03.2021 è stato realizzato il nuovo sito internet anche in conformità al Decreto Legislativo n. 106 del 10 agosto 2018, che ha recepito la Direttiva U.E. 2016/2102.

Il CRO si impegna nel continuo adeguamento dei contenuti pubblicati nel proprio sito istituzionale secondo quanto riportato nella dichiarazione di accessibilità accessibile dal sito di AgID (Agenzia per l'Italia Digitale).

2.2.4. SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

Uno degli ambiti previsti nell'Agenda per la Semplificazione 2020-2026 è quello della semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure nell'ottica di massimizzare gli interventi e facilitare la messa a terra delle linee di attività, in particolare per quelle già individuate nell'ambito del PNRR.

L'Istituto è coinvolto nei procedimenti PNRR/PNC previsti nel Piano Operativo Regionale allegato al CIS stipulato tra Ministero della salute e Regione Friuli Venezia Giulia "Grandi apparecchiature sanitarie" e "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" mediante adesione ad Accordi quadro messi a disposizione da Consip ed Invitalia e mediante l'utilizzo delle piattaforme digitali di e-procurement quali il Mepa e quella messa a disposizione dalla Regione e-Appalti.

Per quanto riguarda le iniziative previste nell'ambito dell'Agenda digitale 2026 in tema di digitalizzazione, in linea con quanto previsto nel piano triennale per l'Informatica, l'Istituto persegue costantemente il principio del "Cloud first" previsto dalle linee guida Agid negli acquisti di piattaforme e servizi software in Cloud qualificati ACN ovvero consultando il Catalogo dei servizi cloud qualificati da ACN per la PA. L'Istituto prevede di attuare il piano di migrazione al cloud in modo tale da eliminare progressivamente, ove possibile, la dipendenza da risorse On Premises, con conseguente allontanamento delle problematiche di gestione corrispondenti, attraverso la trasposizione in Cloud dei sistemi di archiviazione e backup sotto forma di Infrastructure as a service - IAAS. A tal fine è previsto l'utilizzo di servizi Cloud qualificati messi a disposizione da Regione FVG o alla possibilità di acquisire servizi IaaS, PaaS e SaaS qualificati da AgID e pubblicati nel Cloud Marketplace messi a disposizione dal PSN (Polo Strategico Nazionale) istituito nell'ambito del PNRR. Nell'ambito di questa migrazione è prevista la revisione strutturale dell'architettura informatica hardware e software in maniera che possa essere adatta a supportare i processi di trasformazione digitale presenti e futuri, in particolare a supporto delle nuove iniziative che provengono dalla ricerca relative alla necessità di analisi dei dati prodotti dagli studi clinici e dal sequenziamento del genoma umano, che necessitano di risorse computazionali tali da sostenere le elaborazioni ai fini del conseguimento dei risultati di ricerca attesi.

L'Istituto persegue l'obiettivo di tendere al massimo livello di sicurezza adottando misure tecniche ed organizzative adeguate a conseguire la protezione e un elevato livello di sicurezza informatica delle reti e dei sistemi informativi attraverso l'acquisizione di nuove soluzioni hardware e software, servizi esternalizzati e aumentando la cultura del personale in materia di sicurezza informatica.

Nel merito della digitalizzazione, tramite iniziative PNNR e sempre in un contesto con il coordinamento regionale, l'Istituto partecipa alle acquisizioni della cartella clinica elettronica regionale, al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0), all'implementazione dei servizi di telemedicina e al potenziamento della connettività della struttura sanitaria con banda ultra larga a 10Gbps grazie al "Piano Sanità Connessa".

2.2.5 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

2.2.5.1 Gender Equality Plan (GEP)

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

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

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

I GEP rappresentano potenti strumenti strategici e operativi di cambiamento culturale e istituzionale con l'obiettivo di realizzare l'uguaglianza di genere, abbattendo stereotipi, discriminazioni, molestie e disparità nei salari e nelle carriere. Con il termine "parità di genere" infatti, non si intende che uomini e donne debbano essere uguali o in ugual numero, ma che abbiano pari accesso alle stesse opportunità pur conservando le loro peculiarità. In ambito di ricerca l'eterogeneità ed incisività dei gruppi di lavoro favorisce l'innovazione, attraverso il confronto di esperienze, approcci e prospettive differenti. I cambiamenti inarrestabili in atto nella nostra società post-pandemia e nelle organizzazioni di ricerca, promossa dai numerosi interventi normativi per l'equiparazione dei diritti e maggiori tutele alle donne lavoratrici e anche dal recente decreto ministeriale di riordino degli IRCCS, sono già in atto e premiano una organizzazione aperta, inclusiva e orientata a premiare professionalità e competenza di chi vi opera.

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

- identificare le dimensioni della discriminazione di genere nell'organizzazione;
- identificare e attuare strategie innovative per correggere qualsiasi tipo di disparità;
- stabilire degli obiettivi e monitorarne i progressi e il loro raggiungimento attraverso adeguati indicatori.

Gli obiettivi specifici con relativi indicatori sono declinati nel *Gender Equality Plan* approvato con delibera n. 408 del 26.10.2023.

Sulla base delle linee guida europee il GEP, previsto del Centro di Riferimento Oncologico (CRO), ha individuato **cinque macroaree**, sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi monitorati mediante report annuale:

1. Equilibrio tra la vita e lavoro e la cultura organizzativa:

1.1 Costituzione e avvio della Cabina di Regia

La Cabina di Regia nasce per promuovere la cultura della parità e dell'inclusione rispettando le diversità e contrastando qualsiasi forma di discriminazione determinata da età, genere, origine etnica, orientamento sessuale, religione, posizione politica e condizioni di disabilità. La cabina di regia verificherà e monitorerà l'avanzamento di attuazione del GEP e predisporrà specifici report sulle predette attività.

1.2 Implementazione regolamento aziendale per il part-time del personale del comparto e monitoraggio rapporti a tempo parziale attivi

Tra gli strumenti a disposizione per conciliare la vita privata e la vita lavorativa, il part-time rappresenta una possibilità utile per aumentare le flessibilità. Il nuovo regolamento sul part-time, adottato con delibera n. 184 del 03.05.2023, è in fase di applicazione. Si procederà al monitoraggio annuale dei rapporti a tempo parziale attivi.

1.3 Monitoraggio richieste di accesso al lavoro agile o smart working

Rafforzare le misure di conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa dei dipendenti attraverso la possibilità di accesso al lavoro agile per promuovere una visione dell'organizzazione del lavoro ispirata ai principi della flessibilità e favorire lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato.

2. Equilibrio di genere nelle posizioni apicali e negli organi decisionali:

2.1 Principio di alternanza per gli incarichi apicali delle Direzioni e dei Dipartimenti

Promuovere l'uguaglianza di genere a tutti i livelli di leadership e favorire, ove possibile, il principio di alternanza uomo-donna nel conferimento di responsabilità, è elemento di crescente importanza nella valutazione di credibilità e reputazione di un'organizzazione. L'Istituto si propone di aumentare la consapevolezza e combattere gli stereotipi di genere che ostacolano la valorizzazione delle donne in tutte le posizioni professionali previste dall'organizzazione, nella ricerca e negli avanzamenti di carriera e scientifici, attraverso l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale, uniformandolo alle recenti normative rivolte alla parità di genere e alla consapevolezza che gli stereotipi che la ostacolano devono essere superati.

3. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera:

3.1 Monitorare l'equilibrio di genere

Valutazione annuale delle percentuali di assunzioni di donne e giovani sui fondi dedicati ai progetti di ricerca.

4. Integrazione della dimensione di genere nella medicina e nella ricerca:

4.1 Promuovere la dimensione di genere nella medicina e nella ricerca

L'integrazione della prospettiva di genere nei protocolli clinici e nei prodotti della ricerca rappresenta un altro aspetto di estrema importanza per il CRO, in linea con i documenti nazionali ed europei che illustrano come la prospettiva di genere contribuisca alla qualità dei risultati della ricerca.

4.2 Promuovere la dimensione di genere nei prodotti della ricerca

L'uguaglianza di genere deve essere promossa e monitorata anche nelle delicate fasi che portano al raggiungimento e alla visibilità di tutti i prodotti della ricerca.

La capacità di reperire i finanziamenti nazionali e internazionali, a sostegno della ricerca scientifica, è una caratteristica fondamentale per la ricerca. Sarà garantito il monitoraggio e il supporto al

rispetto del principio dell'eguaglianza di genere nella partecipazione ai bandi di finanziamento e nella visibilità dei prodotti della ricerca.

5. Formazione volta alla promozione dell'eguaglianza di genere:

5.1 Promuovere l'integrazione di genere

Saranno evidenziate priorità, criticità e urgenze tra i ricercatori attraverso la somministrazione di una survey anonima.

5.2 Attività per la formazione all'integrazione di genere e contro la violenza di genere

I risultati della ricognizione interna getteranno le basi per la definizione di incontri e dibattiti specifici sulle eventuali priorità, criticità e urgenze emerse e che serviranno per future attività formative mirate.

I primi 4 punti sono già stati avviati e monitorati in coordinamento con la Direzione Amministrativa fin dalle prime fasi di predisposizione del GEP, per il punto 5 è stata prevista nell'arco del 2024 la progettazione di una survey anonima relativa alle priorità, criticità e urgenze in tema gender equality da sottoporre ai ricercatori.

2.2.5.1 Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Il CUG è costituito all'interno delle amministrazioni pubbliche con compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di pari opportunità e di benessere organizzativo al fine di contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, agevolando l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni e garantendo un ambiente lavorativo nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione nei confronti di lavoratrici e lavoratori.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 56 del 01.02.2024 sono stati riaperti i termini per l'avviso interno di manifestazione di interesse per la designazione dei componenti di parte pubblica del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

2.2.5.2 Organismo paritetico per l'innovazione

L'Organismo paritetico per l'Innovazione ha la finalità di attivare stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo – anche con riferimento alle politiche formative, al lavoro agile e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alle misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato e fenomeni di *burn-out*, al fine di formulare proposte all'amministrazione o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Con delibere del direttore generale n. 9 e 11 del 12.01.2024 sono stati costituiti i due organismi rispettivamente della dirigenza area sanità e del comparto sanità.

2.3 SOTTOSEZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 Finalità

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

La presente sezione è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della L. 190/2012. Tale norma, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", mira a rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto del fenomeno corruttivo e ad uniformare l'ordinamento giuridico italiano agli strumenti sovranazionali di contrasto della corruzione già ratificati dal nostro Paese (Convezione ONU di Merida e Convenzione penale sulla corruzione di Strasburgo).

Il legislatore italiano ha adottato una strategia di contrasto della corruzione articolata su tre nuclei:

- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- aumentare la capacità di rilevare casi di corruzione;
- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Tale strategia prevede una doppia articolazione, a livello nazionale e a livello decentrato.

La pianificazione della prevenzione della corruzione si caratterizza come uno strumento volto ad individuare le misure concrete utili a prevenire gli eventi corruttivi, intendendo la nozione di "corruzione" in senso ampio, quale condotta lesiva dei principi di legalità, buon andamento, efficienza ed efficacia indipendentemente dalla sanzione applicata alla violazione, sia essa di natura penale, sia essa civile o amministrativa e disciplinare. L'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione avviene preliminarmente attraverso la mappatura dei processi Aziendali.

I destinatari della sezione anticorruzione e trasparenza nel PIAO sono coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'Amministrazione (art.1, co. 2-bis, L. 190/2012). La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nella sezione è fonte di responsabilità disciplinare (L. 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, co. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza nel PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare.

Il presente documento costituisce un aggiornamento della sottosezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2023-2025 con il quale si definisce la strategia di prevenzione dell'Istituto.

L'obiettivo è ottimizzare e razionalizzare l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione, per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo i principi delle 3 E (efficacia, efficienza ed economicità) mettendo a disposizione uno strumento di lavoro friendly che consentirà di sviluppare e attuare le misure di prevenzione della corruzione in maniera più semplice.

L'Istituto ha redatto tale piano, in coerenza con le linee Anac, con il fine di perseguire una maggior percezione da parte degli operatori del "dis-valore" della corruzione.

La prevenzione della corruzione e il contrasto dell'illegalità sono una priorità strategica per tutte le P.A. poiché la corruzione costituisce un ostacolo allo sviluppo economico e sociale del territorio, all'efficienza e all'efficacia dell'azione amministrativa e al buon andamento delle istituzioni pubbliche (art. 97 Cost.).

Come più volte specificato dall'ANAC, la nozione di corruzione deve essere intesa in senso lato, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere fiduciario a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono, quindi, evidentemente più ampie delle fattispecie a rilevanza penale e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla loro rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Ai fini della prevenzione, la nozione di corruzione quindi va intesa in senso ampio; il fenomeno corruttivo, deve riguardare anche la c.d. "maladministration" e precisamente l'insieme dei comportamenti che deviano dal perseguimento dell'interesse generale, a causa del condizionamento di interessi particolari. E' stato definito un fenomeno complesso, di difficile definizione e misurazione definito anche un "patto corruttivo". Rappresenta un fenomeno sociale e, come tale, è oggetto di modificazioni nel tempo e assume connotati differenti a seconda del contesto di riferimento.

Una lettura, in chiave moderna, sul patto corruttivo aiuta a comprenderne la natura sempre più reticolare e i contorni frastagliati dell'accordo tra le parti in gioco. In merito ai soggetti coinvolti, ad esempio, il patto tende a perdere un carattere rigorosamente duale: sempre più di frequente, tra il pubblico agente corrotto e il privato corruttore si collocano soggetti che svolgono funzioni di intermediazione. Questi soggetti possono fungere esclusivamente da "filtro" tra corrotto e corruttore (ad esempio, prestandosi a occultare una tangente attraverso consulenze fittizie), oppure essere i veri e propri terminali della dazione illecita. In quest'ultimo caso, la dottrina ha coniato la figura del "facilitatore", che esercita un potere di influenza sul decisore pubblico in ragione dei legami politici da esso direttamente dipendenti. La rete delle relazioni tra il decisore pubblico e il soggetto corruttore risulta, di conseguenza, sempre più frazionata e articolata, costituendo un vero e proprio comitato di affari orientato alla "compravendita della funzione pubblica" a vantaggio di terzi.

Anche l'oggetto del patto corruttivo, allo stesso modo, sta assumendo caratteristiche e tratti nuovi: rispetto al passato, la compravendita della funzione pubblica tende a non riguardare più grandi somme di denaro o appalti; al contrario, si assiste sempre più spesso a transazioni di modesto importo finanziario, dal momento che l'oggetto sostanziale della corruzione è da identificarsi nella costruzione di rapporti reticolari e interessi (illeciti) finalizzati ad attivare un sistema di "favori" di varia natura tra politica, amministrazione e mondo dell'impresa.

Pertanto, anche se i comportamenti non si sostanziano in specifici reati, in concreto, possono risultare contrari all'interesse pubblico, facendo venir meno i principi costituzionali dell'imparzialità e della buona amministrazione. A tal proposito, il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare n. 11 del 25 gennaio 2013, ha precisato che il concetto di corruzione della legge 190/2012 comprende tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

ANAC ha più volte evidenziato che "la prevenzione della corruzione è e va considerata come un potente strumento di innovazione amministrativa".

Da un esame delle informazioni disponibili, della Guardia di Finanza per l'Autorità, emerge che il fenomeno corruttivo è piuttosto polverizzato e multiforme, e coinvolge quasi tutte le aree territoriali del Paese. Il valore della tangente è di frequente molto basso e assume sempre di più forme diverse dalla classica dazione di denaro, come l'assunzione di amici e parenti.

L'attuale riflessione, assai diffusa nel contesto sanitario, considera che le pratiche corruttive non sempre sono comprese da chi lavora nel settore e non vi è piena consapevolezza di quanto queste minino la qualità del lavoro degli operatori; allo stesso modo chi si occupa di lotta alla corruzione non sempre riesce a comprendere la complessità e la pervasività che questa assume in un ambito tanto nevralgico e sensibile.

I principali fattori di rischio per questi fenomeni sono due: il conflitto di interessi e l'asimmetria informativa.

La locuzione di "conflitto di interessi" (CdI) è l'altro oggetto su cui è posta l'attenzione del Piano Triennale nell'individuare misure di prevenzione e di gestione del conflitto, nonostante i suoi confini e le differenze rispetto ad altri fenomeni (es. la corruzione) non siano sempre così chiari. Il primo passo da fare per affrontare il CdI è proprio quello di definire il fenomeno, al fine di consentirne agevolmente l'individuazione, poiché una definizione poco chiara, o addirittura la sua mancanza, inficia l'utilità stessa dei rimedi previsti per la gestione del CdI. Il concetto di "interesse" è molto vago; negli Stati Uniti qualcuno propone di sostituirlo o ampliarlo con una terminologia più adeguata (ad esempio, "benefit", in ambito sanitario), che aiuti le persone a identificare meglio i rischi.

In generale il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui un interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda (ossia il bene comune), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

La definizione proposta ha carattere generale, si adatta alle fattispecie di conflitto che può riguardare gli individui e le organizzazioni nei diversi ambiti, restando fermi i suoi elementi essenziali, ma occorre accettare l'idea della complessità del fenomeno del conflitto di interessi.

L'attuale configurazione della gestione del conflitto di interessi in Italia è tutta centrata su procedure di emersione formali e burocratiche che non prendono in alcuna considerazione né la consapevolezza degli agenti pubblici, né quella delle amministrazioni che dovrebbero gestirli.

Più spesso esiste una generale sottovalutazione del conflitto di interessi e scarsa consapevolezza del fenomeno da parte degli agenti pubblici e delle amministrazioni. Le persone in generale hanno paura a far emergere i collegamenti di interesse perché pensano che verranno messi sotto accusa dall'organizzazione e dall'opinione pubblica.

Nella sanità come in altri contesti, per identificarlo, è necessario intraprendere un percorso formativo che aiuti il professionista a definire i dettagli degli interessi specifici del contesto sanitario.

L'asimmetria informativa è una condizione in cui un'informazione non è condivisa integralmente fra gli individui facenti parte del processo. Una parte degli agenti interessati detiene (o è percepito come colui che detiene) maggiori informazioni rispetto al resto dei partecipanti. Il principio della trasparenza, è inteso come il principale strumento di lotta alla corruzione e di contrasto all'asimmetria informativa, con la sua bidimensionalità: il buon andamento dell'amministrazione e l'imparzialità della Pubblica Amministrazione.

Il Piano Triennale esprime quali adempimenti l'amministrazione pubblica persegue per la trasparenza amministrativa con l'obiettivo di rendere informato e partecipe il cittadino delle decisioni amministrative, contenendo e riducendo l'asimmetria informativa che caratterizza il contatto con l'ambito sanitario.

Il concetto di trasparenza risulta essere complesso nella sua eziologia e nella sua autentica interpretazione (nell'alveo di una materia definita da molti esperti del settore come ricca ed impetuosa), fermo restando la considerazione di fondo che la trasparenza è da intendersi intermini assoluti come un diritto fondamentale trasversale ed ampiamente diffuso nell'ordinamento giuridico italiano. In virtù di ciò, diviene fisiologico osservare che le nuove discipline in materia determinano in capo al cittadino il diritto di essere partecipi ai processi decisionali della Pubblica Amministrazione: è indubbio il tentativo di rendere la P.A. come una dimora dalle pareti di vetro, parafrasando quanto pronunciato da F. Turati agli inizi del Novecento.

La trasparenza nella sua complessità ed ampiezza tematica è stata riordinata in modo organico nel c.d. Codice della trasparenza (D.Lgs 33/2013), riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. E' espressamente indicato che all'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza assicurando un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Dunque, la trasparenza diverrebbe un efficace strumento destinato a far emergere fenomeni corruttivi, permettendo al cittadino di "vigilare" sul corretto ed imparziale svolgimento dell'attività amministrativa. Una "vigilanza" che può adempiersi pienamente solo con un esatto "contemperamento" nella messa a disposizione di strumenti informativi a servizio del cittadino: la pubblicità documentale e dei siti web ed il diritto di accesso ai documenti ed alle informazioni della P.A..

Le misure di prevenzione proposte nel Piano mirano al contenimento di questi due aspetti, agendo in primis sulla trasparenza dell'agire della pubblica amministrazione.

2.3.2 PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA: SOGGETTI COINVOLTI

Il processo di formazione e di attuazione del piano si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (individuazione dei contenuti, redazione, adozione, attuazione e

monitoraggio del piano), in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Al processo di formazione e adozione del piano concorrono sia soggetti interni che soggetti esterni.

Nel dettaglio i soggetti interni coinvolti sono:

- il RPCT, che coordina le attività legate alla prevenzione della corruzione e trasparenza a livello aziendale predisponendo il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza e monitorandone le misure di prevenzione previste; verifica l'applicazione delle misure legate alla trasparenza e supporta i servizi aziendali nella valutazione dei casi di potenziale conflitto di interesse, incompatibilità e inconferibilità di incarichi dirigenziali; raccoglie le segnalazioni di illecito e di miglioramento organizzativo e tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. whistleblower), anche attraverso il canale aziendale e valuta il rischio di corruzione per singolo processo aziendale;
- la direzione strategica che avvia il processo designando il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, indirizza le attività volte all'elaborazione e all'aggiornamento del programma e adotta gli atti finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- tutti i Responsabili di Strutture (Dirigenti afferenti alle Aree rischio) individuate nel PIAO
- i dirigenti responsabili degli uffici amministrativi, della direzione scientifica, del centro attività formative e dell'U.R.P. che hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del programma per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative finalizzate a garantire un adeguato livello di trasparenza e a promuovere la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità. I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.
Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti attuano, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Istituto, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Ente sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione;
- i dipendenti dell'Istituto il cui supporto si concretizza nella disponibilità a trasmettere ogni utile informazione ai fini della prevenzione della corruzione, a rispondere esaurientemente ad eventuali richieste del RPCT, nonché a partecipare attivamente, anche mediante osservazioni e proposte, alla procedura aperta rivolta a tutti gli stakeholders.
- gli stakehoders: l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è l'unità organizzativa che si occupa della gestione dei rapporti con i cittadini sia per fornire informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie sia per ricevere segnalazioni da parte degli utenti su eventuali disservizi.

E' presente sul sito web una pagina dedicata alle attività dell'URP ed ai servizi che offre. E' attiva inoltre una casella di posta dedicata urp@cro.it

Altri due canali di comunicazione a disposizione dell'utente sono rappresentati:

- ✓ questionario on-line sul gradimento della sezione amministrazione trasparente;
- ✓ casella di posta elettronica trasparenza@cro.it dedicata a raccogliere i suggerimenti, i feedback relativi alla qualità delle informazioni pubblicate.
- Altri attori (partner privilegiati del RPCT, per sottolineare quanto il responsabile sia "soltanto" il coordinatore e regista di una architettura complessiva dove ciascuno svolge specifiche funzioni e ruoli che concorrono al risultato finale – efficacia del sistema):
 - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
 - Responsabile Protezione Dati (RPD);
 - l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
 - Collegio Sindacale.

Al fine di incrementare l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza è stata costituita la rete dei referenti anticorruzione e trasparenza. I referenti assicurano coordinamento e supporto alla strategia aziendale in tema di anticorruzione, trasparenza, etica e legalità mediante attività di monitoraggio di attuazione del piano da parte delle strutture di riferimento.

A seguire la rete dei referenti:

STRUTTURA	REFERENTI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
Direzione Generale	Maura Garbo - Nicolas Gruarin
Direzione Scientifica	Elettra Gislou
SOC Affari Generali Legali e Gestione Risorse Umane	Lorena Basso
Ufficio Procedimenti disciplinari	Lorena Basso
SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	Dimitri Troncon
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Raffaella Cattaruzza
SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica	Raffaello Uliana
SOSD Controllo di Gestione	Cristina Andreetta
Responsabile Centro Attività Formative	Barbara Canal
Ufficio Relazioni con il Pubblico	Paola Pistello

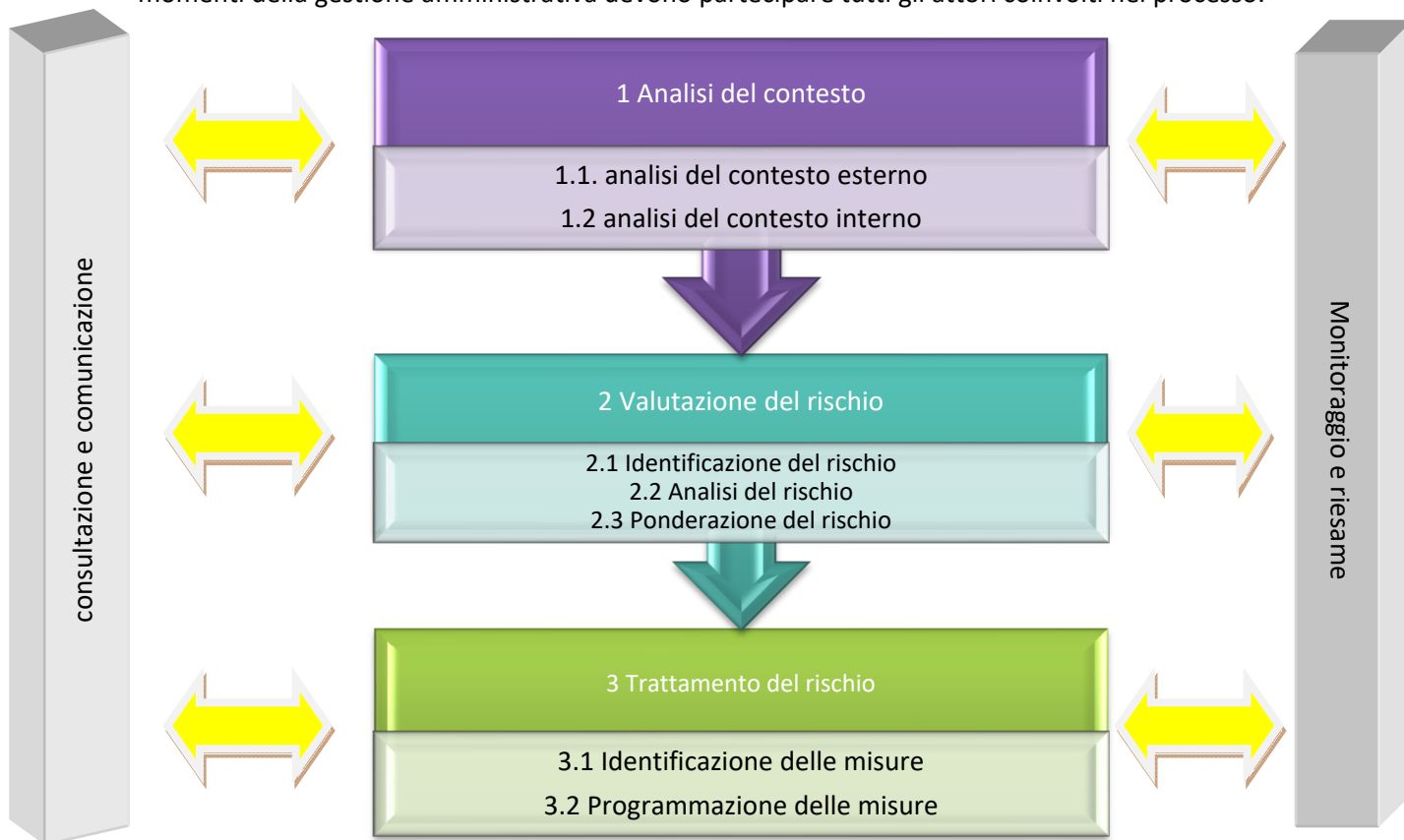
Occorre precisare che nessuna delle figure coinvolte nella elaborazione del presente Piano e nell'attività di analisi del rischio dispone delle competenze tipiche di un "risk management".

2.3.3 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, punti cardine dell'analisi

del contesto interno, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Tale processo si sviluppa in forma sequenziale e ciclica ed il suo "core" è rappresentato dall'analisi del rischio. Per essere efficace, arrivato a compimento, deve sempre ricominciare tenendo conto degli esiti del ciclo precedente. Indispensabili e correlate alle fasi del processo di gestione del rischio sono la consultazione e comunicazione ed il monitoraggio e riesame. A questa fase nei diversi momenti della gestione amministrativa devono partecipare tutti gli attori coinvolti nel processo.



2.3.3.1 Analisi del contesto

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella dell'analisi del contesto, esterno ed interno, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Ente per via delle specificità dell'ambiente in cui esso opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali sia per le caratteristiche organizzative interne.

2.3.3.2 Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche, strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare, 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.

E' questa una fase indispensabile ai fini della redazione del piano in quanto consente di definire le proprie strategie di prevenzione del rischio corruttivo tenendo conto non solo della propria

organizzazione ma anche delle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Istituto è inserito. L'analisi del contesto esterno, da un punto di vista operativo, è riconducibile a due tipologie di attività ovvero all'acquisizione dei dati rilevanti e all'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

Per l'analisi del contesto esterno sono stati presi in considerazione dati ricavati da:

- Banca d'Italia, Economie regionali, L'economia del Friuli Venezia Giulia 2023:
<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-egionali/index.html?dotcache=refresh>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2023:
<https://www.regione.fvg.it/rafvvg/cms/RAFVG/GEN/statistica/FOGLIA3/FOGLIA93/>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Osservatorio Regionale Antimafia:
<https://www.consiglio.regione.fvg.it/cms/pagine/osservatorio-regionale-antimafia/>
- ANAC, Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici:
<https://www.anticorruzione.it/-/rapporto-quadrimestrale-contratti-pubblici>
- ANAC, Relazione annuale di ANAC al Parlamento:
<https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-2023>

L'analisi che ne consegue evidenzia le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente in cui l'istituto opera. Non è sicuramente in grado di influenzare l'ambiente in cui insiste ma le informazioni ricavabili possono essere utilizzate per valutare i rischi corruttivi a cui gli operatori possono essere maggiormente esposti.

Dal punto di vista sociale una delle peculiarità del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, rilevante ai fini del presente documento, è il rapporto numerico fra il personale dipendente (760 unità al 31 dicembre 2023) e la popolazione (circa 50.000 utenti) destinataria dei servizi erogati. Essendo un centro di Riferimento Oncologico, non ha una stretta connessione con il territorio e con capillarizzazione dei servizi erogati come può avvenire per una azienda territoriale ma diventa polo di riferimento a rilievo nazionale.

Tale dato, ovvero il rapporto tra numero di dipendenti e utenti, evidenzia una possibile fitta rete di relazioni parentali/amicali fra il personale dipendente e i soggetti terzi che si rapportano con l'Istituto in qualità di utenti, fornitori o stakeholders e la conseguente esigenza di attenzione rispetto al tema del conflitto di interessi.

D'altra parte lo stesso dato consente di poter fare affidamento su un diffuso controllo sociale in merito alle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche sul territorio.

Dal punto di vista economico la crisi delle attività produttive che ha colpito anche questa zona, seppur in trend positivo, comporta la necessità di vigilare maggiormente sulle capacità e affidabilità dei soggetti economici fornitori di beni e servizi.

Con riferimento ai fenomeni criminali non risultano elementi tali da giustificare un particolare allarme rispetto ad altre realtà del Triveneto.

2.3.3.3 Il contesto interno

L'analisi del contesto interno tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare

essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Istituto.

La struttura organizzativa

La denominazione dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – IRCCS". Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed ente del Servizio sanitario nazionale a rilevanza nazionale. Il CRO è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.r. FVG 14/2006 in attuazione del decreto legislativo di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e sue modifiche e integrazioni, dal decreto legislativo 200/2022 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie. L'Istituto ha sede legale ad Aviano (PN), in via Franco Gallini 2, CF 00623340932 e PIVA 00623340932. Il CRO è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Interministeriale in data 31.07.1990 e mantiene tuttora tale qualifica in forza del superamento delle periodiche visite di sorveglianza da parte del Ministero della Salute. L'Istituto è stato riconosciuto Comprehensive Cancer Center il 27.10.2014 dalla Organization of European Cancer Institutes (O.E.C.I.), riconoscimento che viene sottoposto a rivalutazione periodiche.

Il CRO aderisce pienamente e compiutamente ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quali la tutela della dignità della persona umana, l'equità di accesso ai servizi, l'universalismo di risposta ai bisogni di salute, la continua valutazione di qualità e appropriatezza degli interventi proposti, il buon uso delle risorse. Per l'ambito della ricerca aderisce puntualmente ai principi etici della dichiarazione di Helsinki (1964), della Convenzione di Oviedo (1997) per la salvaguardia dei diritti e della dignità dell'uomo in rapporto alle applicazioni della biologia e della medicina. Per tale ragione il CRO è costantemente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e della ricerca per soddisfare bisogni sempre più complessi del cittadino, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. L'umanizzazione delle cure, l'attenzione alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari, il rispetto della dignità della persona umana, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, sono i riferimenti condivisi di tutte le attività del CRO. Scopo istituzionale è quello di promuovere e attuare la ricerca e la cura nell'ambito delle patologie oncologiche, attraverso le attività di ricerca sperimentale e clinica, le attività clinico-assistenziali e riabilitative, le attività organizzative e di supporto amministrativo, ispirate a criteri di efficacia, efficienza, equità, nel rispetto dei diritti dei cittadini e dei principi di bioetica. Al fine di integrare i compiti di cura e assistenza già svolti, promuovono altresì l'innovazione e il trasferimento tecnologico. Il CRO informa la propria attività di ricerca e cura ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello internazionale, persegue obiettivi di sviluppo tecnico-professionale e relazionale dei suoi operatori attraverso il forte sostegno alla formazione continua e alla partecipazione ad attività di ricerca per consolidare attitudini alla scelta degli interventi con il miglior profilo beneficio rischio e alla comunicazione efficace, anche in forma editoriale, adotta modalità sistematiche di confronto e coinvolgimento con i principali portatori di interesse istituzionali locali, regionali e nazionali, con il volontariato e la società civile tutta.

Il CRO si dedica alla cura e alla ricerca sui tumori in tutte le loro fasi: prevenzione, diagnosi, trattamento, cure riabilitative e sostegno di pazienti e loro famigliari in un'ottica di patient-centred

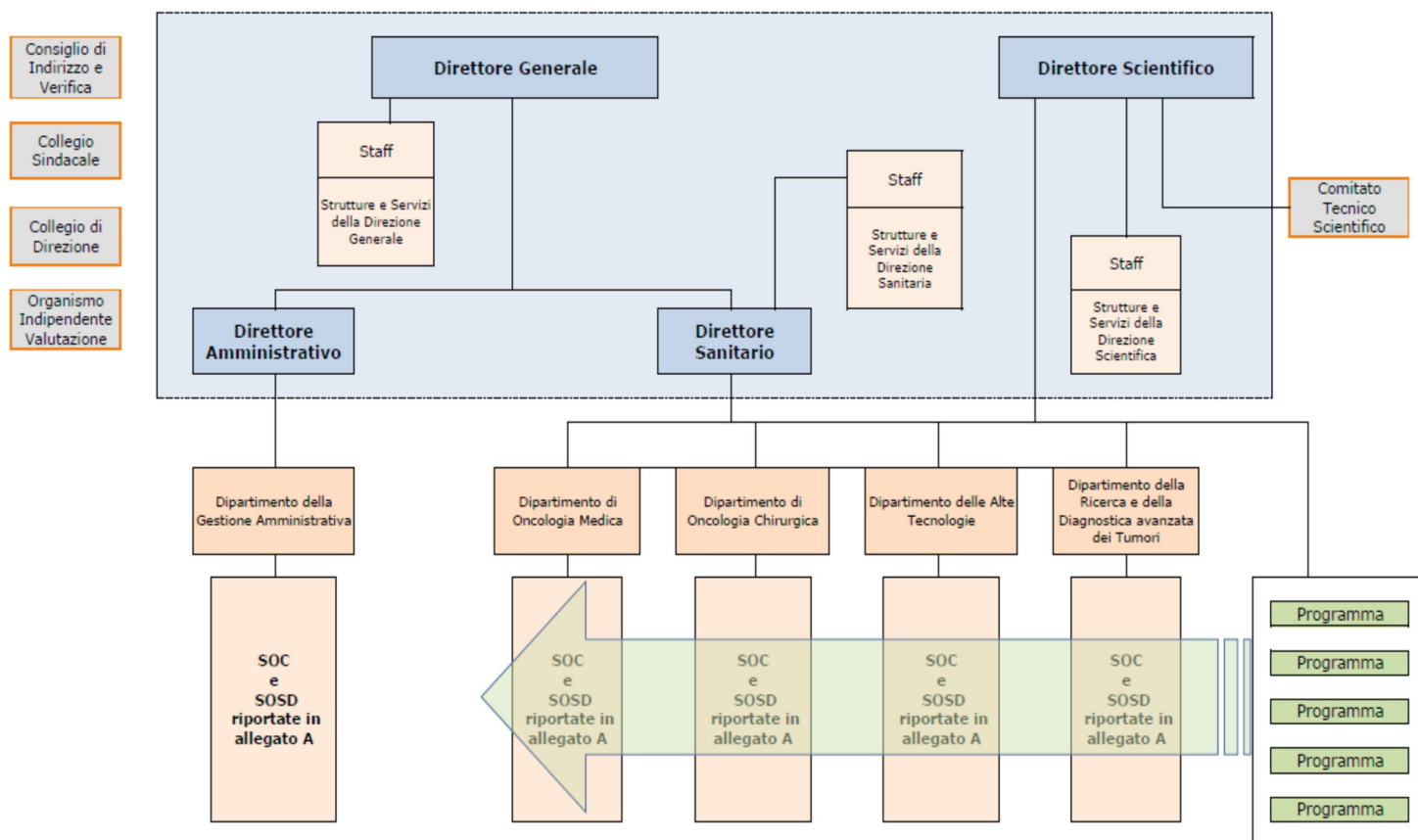
hospital. L'Istituto mantiene attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale sulle patologie di pertinenza sia per le attività clinico assistenziali sia per la partecipazione e lo sviluppo di linee di ricerca. L'attrazione esercitata sulla popolazione oncologica è legata alle specificità del CRO, che offre un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare, la possibilità di accedere a cure innovative e di partecipare allo sviluppo delle conoscenze scientifiche sia promuovendo che partecipando a protocolli di ricerca clinica e traslazionale.

L'assetto istituzionale dell'Ente prevede quali Organi, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Collegio Sindacale ed il Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo compongono la Direzione Strategica che definisce, sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale e delle indicazioni ministeriali per quanto di competenza, le strategie di programmazione aziendale e ne controlla la loro realizzazione. E' la sede di governo dell'Istituto; assolve alle funzioni di indirizzo e 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 dell'Istituto con gli organismi aziendali (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Organismo Indipendente di Valutazione) e con le Istituzioni (Regione Friuli Venezia Giulia, Consiglio delle autonomie locali).

L'attività dell'Istituto si esplica attraverso strutture organizzative complesse, semplici o dipartimentali classificate sulla base di elementi caratterizzanti riferiti alla specifica attività effettuata, alla natura e quantità delle risorse umane, tecniche e tecnologiche attribuite. Tali strutture fanno capo a Dipartimenti che afferiscono alle rispettive direzioni. L'Atto Aziendale disegna l'organizzazione e le articolazioni di governo dell'Azienda, ossia le principali funzioni da essa svolte.

Di seguito si riporta l'organigramma dell'Istituto:



(Allegato A)

L'Assetto organizzativo così come approvato con Delibera 136 del 30/03/2023 è il seguente:

DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	AFFERENZA
Dipartimento di Oncologia Medica (DOM) ¹	Direttore Sanitario
Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC) ²	Direttore Sanitario
Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)	Direttore Sanitario
Dipartimento della Ricerca Traslazionale e della Diagnostica avanzata dei Tumori (DRDT) ³	Direttore Sanitario
Dipartimento Gestione Amministrativa (DGA)	Direttore Amministrativo

DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Controllo di Gestione	SOSD	Direttore Generale
Epidemiologia Oncologica	SOC	Direttore Scientifico
Igiene ospedaliera	SOSD	Direttore Sanitario
Farmacia Ospedaliera	SOC	Direttore Sanitario
Direzione delle professioni sanitarie	SOSD	Direttore Sanitario
Psicologia Oncologica	SOSD	Direttore Sanitario
Oncologia Medica e dei Tumori immuno-correlati	SOC	DOM
Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	SOC	DOM
Gastroenterologia Oncologica e Sperimentale	SOC	DOM
Oncodermatologia	SOSD	DOM
Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito - Spilimbergo	SOSD	DOM
Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari ⁴	SOSD	DOM
Chirurgia Oncologica Generale	SOC	DOC
Chirurgia Oncologica del Seno	SOC	DOC
Chirurgia Oncologica Ginecologica	SOC	DOC
Anestesia e Rianimazione	SOC	DOC
Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale	SOSD	DOC
Radiologia Oncologica	SOC	DAT
Medicina Nucleare	SOC	DAT
Fisica Sanitaria	SOC	DAT
Oncologia Radioterapica	SOC	DAT
Area Giovani e Radioterapia Pediatrica	SOSD	DAT
Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale ⁵	SOC	DRDT
Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale	SOC	DRDT
Farmacologia Sperimentale e Clinica	SOC	DRDT
Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	SOC	DRDT
Oncoematologia Clinico Sperimentale	SOC	DRDT
Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	SOSD	DRDT
Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	SOC	DRDT
Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	SOC	DGA
Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	SOC	DGA
Approvvigionamenti, Economato e Logistica	SOC	DGA
Gestione Risorse Economico-Finanziarie	SOC	DGA

Il personale in servizio al 31/12/2022 ed al 31/12/2023 è il seguente:

RUOLO	PROFILO PROFESSIONALE	31/12/2022	31/12/2023
RUOLO SANITARIO	Dir. Medico Struttura Complessa	14	13
	Dirigenti Medici	113	115
	Dirigenti Farmacisti	5	5
	Dir. Biologo Struttura Complessa	1	1
	Dirigenti Biologi	19	18
	Dirigente Chimico	1	1
	Dir. Fisico Struttura Complessa	0	0
	Dirigenti Fisici	8	9
	Dirigenti Psicologi	2	2
	Dirigente Prof. San. (Infermieristico)	2	2
	Coll. Prof. San. Senior - IP (Ds)	7	5
	Coll. Prof. San. Senior - TSLB (Ds)	5	5
	Coll. Prof. San. Senior - TSRM (Ds)	2	2
	Coll. Prof. San. - IP (D)	191	186
	Coll. Prof. San. - TSLB (D)	45	46
	Coll. Prof. San. - TSRM (D)	45	46
	Coll. Prof. San. - Ass. Sanitario (D)	2	3
	Coll. Prof. San. - Dietista (D)	1	1
	Coll. Prof. San. - Tec. Prevenzione (D)	1	1
TOTALE Ruolo Sanitario	464	461	
RUOLO SOCIO-SANITARIO	Operatore Socio Sanitario (Bs)	67	71
	TOTALE Ruolo Socio-Sanitario	67	71
RUOLO PROFESSIONALE	Dirigente Avvocato	1	0
	Dirigente Ingegnere	2	3
	TOTALE Ruolo Professionale	3	3
RUOLO TECNICO	Dirigente Statistico	2	2
	Coll. Tec. Prof. - Geom./Ingegnere (D)	3	3
	Assistente Tecnico (C)	4	5
	Programmatore (C)	4	4
	Op. Tec. Spec. Senior (C)	5	4
	Op. Tec. Spec. (BS)	12	12
	Operatore Tecnico (vari) (B)	10	20
	Op. Tec. addetto Assistenza (B)	3	3
	Ausiliario Specializzato (A)	17	17
TOTALE Ruolo Tecnico	71	68	
RUOLO AMMINISTRATIVO	Dirigenti Amministrativi	8	8
	Coll. Amm.vo Prof.le Senior (DS)	2	2
	Coll. Amm.vo Prof.le (D)	19	21
	Assistente Amm.vo (C)	53	47
	Coad. Amm.vo Senior (BS)	9	11
	Coadiutore Amm.vo (B)	8	8
	TOTALE Ruolo Amministrativo	99	97
RUOLO della RICERCA	Ricercatore Sanitario (DS)	29	38
	Coll. Prof. di Ricerca Sanitaria (D)	15	20
	TOTALE Ruolo Ricerca	44	58
TOTALE DIPENDENTI		704	702
TOTALE DIPENDENTI (ricerca)		44	58
TOTALE COMPLESSIVO		748	760

Si ritiene utile, al fine di una valutazione non solo quantitativa del personale in servizio, specificare che nel corso dell'anno 2023 non si sono riscontrati eventi corruttivi e si è dato corso ad un solo procedimento disciplinare.

2.3.3.4 Mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Una mappatura dei processi adeguata consente di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Si tratta di 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.

La mappatura si sostanzia nell'individuazione dei singoli processi, delle fasi relative a ciascuno di essi e delle responsabilità correlate ad ogni fase e consente di delimitare le aree di rischio in relazione alle quali si effettua, in un successivo momento, la valutazione del rischio. Per il tramite del RPCT, è stata operata una mappatura delle aree di attività a rischio corruttivo scomponendole nei macro-processi. Il macro-processo è poi stato scomposto in fasi ed ogni fase è stata a sua volta scomposta in singole attività all'interno delle quali sono stati identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

La Legge 190/2012 ha previsto le "Aree di rischio" che il PNA 2019 ha definito nell'allegato denominato "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" come "Aree comuni a tutte le Amministrazioni". Nel corso dell'ultimo triennio si è provveduto a mappare in modo dettagliato i processi che afferiscono alle Strutture:

- Approvvigionamenti Economato e Logistica contenuto - allegato 1;
- Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche - allegato 2;
- Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane - allegato 3;
- Gestione Risorse Economico Finanziarie - allegato 4;
- Centro Attività Formative – allegato 5;
- Direzione Sanitaria – allegato 6;
- Direzione Scientifica – allegato 7.

Per tale fine si è tenuto conto delle risultanze dell'analisi del contesto interno/esterno, della mappatura dei processi e degli incontri con il responsabile delle attività oggetto di analisi. Si sono svolti diversi incontri tra i Direttori ed il RPCT che hanno portato alla mappatura dei processi individuando specifiche fasi e le correlate attività. Si è poi provveduto ad analizzare il rischio afferente ogni fase identificando i fattori abilitanti a cui è stata fatta una valutazione del rischio sulla base di indicatori qualitativi predeterminati. Per ogni fase sono stati inoltre declinati i dati e le informazioni necessarie per esprimere un giudizio motivato del livello di rischio nelle sue tre declinazioni di alto/medio/basso.

La conclusione del processo ha portato all'individuazione, per ogni fase, delle azioni da intraprendere piuttosto che la presa d'atto che le misure in atto sono sufficienti.

In nessuna delle aree mappate sono mai state ricevute segnalazioni di "maladministration". Ciò porta a desumere che le misure in atto (come declinate negli allegati) siano adeguate per limitare il rischio di corruzione.

2.3.4 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La **valutazione del rischio** è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio è svolta per ciascuna attività e si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

2.3.4.1 L'identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. Anche in questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Per giungere ad identificare i rischi è necessario seguire tre step:

- a) Definire l'oggetto di analisi;
- b) Utilizzare opportune tecniche di identificazione ed una pluralità di fonti informative;
- c) Individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi.

Nel corso dell'ultimo triennio si è proceduto, per il tramite del RPCT, alla mappatura dei macro-processi e dei sub-processi gestiti dall'Istituto, avendo cura di individuare gli owner del processo.

2.3.4.2 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso **l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione**. Il secondo è quello **di stimare il livello di esposizione** dei processi e delle relative attività al **rischio**.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia **i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione**. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Per contro è importante definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi **per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione** sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività. Nello specifico la definizione del livello di esposizione al rischio deve necessariamente evitare di incorrere nella sottostima del rischio che comporterebbe l'impossibilità di attuare una qualsiasi misura di prevenzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio si è ritenuto opportuno scegliere l'approccio valutativo. Per le caratteristiche dei processi rilevati in istituto di cui deve essere stimata l'esposizione ai rischi l'approccio valutativo utilizzato è di tipo qualitativo; l'esposizione al rischio viene quindi stimata in base a motivate valutazioni (autovalutazioni) espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi. Tali valutazioni vedranno quindi l'espressione di un giudizio sulla valutazione del rischio.

Dopo aver scelto l'approccio valutativo, è necessario individuare i criteri di valutazione dell'esposizione al rischio che possono configurarsi operativamente in indicatori di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

In questo triennio di transizione dalla metodologia precedente di redazione del piano e di mappatura del rischio corruttivo alla nuova metodologia così come declinata nel PNA 2019, per la valutazione del livello di rischio, sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- Livello di interesse esterno;
- Grado di discrezionalità del decisore interno;
- Grado di attuazione delle misure di trattamento.

Si è escluso di utilizzare quale indicatore "la manifestazione di eventi corruttivi in passato" in quanto non ne sono stati mai riscontrati in Istituto.

Dopo aver individuato 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. Le informazioni sono state rilevate attraverso forme di autovalutazione del dirigente a capo del processo interessato (self assessment) Tali valutazioni devono necessariamente esser basate su dati oggettivi, salvo loro indisponibilità. Il RPCT ha supervisionato le valutazioni dei responsabili per analizzare la ragionevolezza ed evitare una sottostima del rischio, applicando nel contempo il criterio generale di prudenza, già precedentemente esposto.

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si è fatta una misurazione di ognuno dei criteri illustrati in precedenza. Per la misurazione si è applicata una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si è ottenuta 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 (processo/attività o evento rischioso).

2.3.4.3 La ponderazione del rischio

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo o attività si procede alla “ponderazione” il cui obiettivo è di «agevolare, sulla base degli esiti dell’analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione» con lo scopo di stabilire:

- le azioni da intraprendere;
- le priorità di trattamento del rischio.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Se non si verificano segnalazioni e l’evento corruttivo quindi non si manifesta significa che le procedure attuate per evitare il rischio sono idonee e può non essere necessario attivarne di nuove.

Il rischio residuo non sarà mai pari a zero ma lo scopo di queste misure è che sia quanto più tendente allo zero oppure può portare ad una decisione d’intraprendere ulteriore analisi. Per stabilire se attuare o meno nuove azioni bisogna tenere conto del concetto di “rischio residuo”. Il “rischio residuo” è il rischio che rimane dopo l’adozione di tutte le misure di prevenzione previste. Il rischio residuo comprende, quindi, rischi noti e stimati, ma anche componenti di rischio sconosciute ed è composto da diversi elementi (elenco non esaustivo):

- rischio accettato (riconosciuto, che viene giudicato ammissibile);
- rischi non identificati o sconosciuti;
- rischi derivanti da minacce trascurate;
- errori di ponderazione dei rischi;
- rischi derivanti da misure di sicurezza inadeguate o applicate in modo errato.

È opportuno evidenziare che il rischio residuo non potrà mai essere azzerato, pertanto l’attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio medesimo ad un livello quanto più prossimo allo zero.

2.3.5 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

Il trattamento del rischio consiste nel processo atto a modificare il rischio, ossia nell’individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio.

Nell’individuazione e nella progettazione delle misure di trattamento occorre distinguere tra:

- misure generali: quando hanno la capacità di incidere sul sistema complessivo in modo trasversale che sono esplicitate nel successivo paragrafo;
- misure specifiche: ovvero che incidono in maniera specifica su problemi individuati durante il processo di mappatura del rischio.

Dopo aver rilevato le criticità in sede di analisi, la prima fase di trattamento del rischio ha come fine quello di identificare le misura di prevenzione della corruzione.

L’individuazione delle misure è avvenuta con il coinvolgimento delle strutture organizzative cui afferisce l’area di rischio, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli stakeholder come già evidenziato.

L’identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai seguenti requisiti:

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici;

- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Ciò consente, inoltre, di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione. La programmazione deve essere messa in atto considerando i seguenti elementi descrittivi:

- *Fasi di attuazione della misura*: laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- *Tempistica di attuazione della misura*: e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenzata nel tempo;
- *Responsabilità connesse all'attuazione della misura*: (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- *Indicatori di monitoraggio* valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

2.3.5.1 Misure di prevenzione generali

A seguire si riportano le misure di prevenzione generali adottate e la loro declinazione all'interno dell'Istituto.

A) CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione il codice di comportamento riveste, in modo conforme a quanto disposto dall'art. 54 D.Lgs. 165/2001, un ruolo chiave per la riduzione del rischio corruttivo. Il fine primario è quello di assicurare la qualità dei servizi delle Pubbliche Amministrazioni, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, nonché il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare sia in servizio sia fuori servizio.

La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, è fonte di responsabilità disciplinare ma, molto spesso, tali comportamenti costituiscono fattispecie sanzionabili anche dal punto di vista civilistico, amministrativo e penale.

Con Deliberazione n. 624 del 29/12/2022, successivamente integrata in data 07/09/2023 con delibera n. 382, è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento che rappresenta strumento fondamentale per aiutare ad orientare i comportamenti quotidiani in armonia con i valori aziendali e a favorire la creazione

di valore pubblico. Questo nuovo codice ha recepito tutte le innovazioni normative in materia in particolare per quanto riguarda:

- “Comportamento nei rapporti privati e nell’utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media”;
- “Utilizzo delle tecnologie informatiche”;
- “Rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione”.

Ponendo inoltre l’accento su:

- utilizzo e limiti da parte del dipendente degli strumenti informatici forniti dall’Istituto, al fine di permettere che vengano mantenuti il decoro, l’immagine e la reputazione dell’Ente, prevedendo l’eventuale adozione di una “social media policy”;
- attribuzione di ulteriori competenze in capo al dirigente, al fine di curare ulteriormente la crescita professionale dei propri collaboratori;
- previsione di cicli formativi obbligatori sui temi dell’etica pubblica e sul comportamento etico del dipendente;

Le norme di tale Codice si applicano a tutte le tipologie di personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa presso l’Ente quindi anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti dell’amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell’amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l’Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi di condotta previsti.

Tutti i Responsabili delle strutture in cui si articola l’Istituto, l’Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) e le strutture di controllo interno vigilano sul rispetto dei Codici.

Il Codice è pubblicato sul sito aziendale nella sezione di amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali.

B) CONFLITTO DI INTERESSE

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con le capacità di un professionista del Servizio sanitario nazionale ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità.

Il tema del “conflitto di interessi” è di particolare rilievo nel settore degli appalti pubblici in sanità, in seguito all’entrata in vigore del D. Lgs. n. 50/2016 (nuovo codice dei contratti pubblici) dove ha trovato una specifica trattazione all’art. 42.

Il concetto di “conflitto di interessi” è definito nell’ordinamento italiano dalla Legge 20.7.2004, n. 215 come situazione che sussiste quando il titolare di cariche di governo partecipa all’adozione di un atto, anche formulando la proposta o omettendo un atto dovuto, trovandosi in situazione di incompatibilità ovvero avendo l’atto o l’omissione un’incidenza specifica e preferenziale sul patrimonio del titolare, del coniuge o dei parenti entro il secondo grado o delle imprese o società da essi controllate, con danno per l’interesse pubblico.

In linea generale, pertanto, un “conflitto di interessi” implica un contrasto tra la mission pubblica e gli interessi privati di un dipendente pubblico, in cui quest’ultimo possiede, a titolo privato o personale, interessi che potrebbero influire indebitamente sull’assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità.

Il conflitto di interessi viene classificato in:

- *reale*: è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l'interesse primario di un'altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.
- *apparente*: è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona può apparentemente tendere a interferire, agli occhi di osservatori esterni, con l'interesse primario di un'altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità, ma, di fatto, non è così.
- *potenziale*: è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona potrebbe potenzialmente tendere a interferire con l'interesse primario di un'altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

Ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990 e ss.mm. e degli artt. 7 e 8 del Codice di comportamento dei dipendenti, il dipendente che si trovi in una situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi, è tenuto ad astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, di suoi parenti, di 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, il coniuge o il convivente abbiano causa precedente 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, ovvero quando esistano importanti ragioni di convenienza.

Il dipendente comunica tempestivamente (tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività) per iscritto (anche attraverso modalità informatizzate) al proprio superiore gerarchico l'astensione indicando le motivazioni in ragione delle quali deve astenersi dalla decisione o dal compimento dell'attività. Sull'astensione del dipendente decide il Dirigente responsabile della Struttura di assegnazione ovvero il superiore gerarchico nel caso di dirigente Direttore di Struttura complessa, che può avvalersi del parere del RPCT, fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate. Tutti i casi di astensione sono conservati nel fascicolo personale del dipendente.

C) IL CONFLITTO DI INTERESSE NEL SETTORE APPALTI PUBBLICI

L'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 recava una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione di conflitti di interesse che possono essere percepiti quale minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

Nel settore degli "*acquisti in ambito sanitario*" il conflitto di interessi scaturisce dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i beni acquistati.

Ai sensi dell'art.42, comma 2 del D.Lgs. 50/2016 si ha conflitto di interessi quando il personale di una stazione appaltante "interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato o 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

articolo 42 definisce, in particolare, le situazioni di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione prevista dall'art.7 del D.P.R. 62/2013 riportato di seguito:

“Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero 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. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”. Tale previsione trova applicazione anche nella fase di esecuzione dei contratti pubblici.

La presenza, anche potenziale, di un conflitto di interessi determina la necessaria astensione del personale che è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante.

La violazione dell'obbligo di astensione è causa di responsabilità disciplinare, ferma restando quelle amministrativa e penale.

Tutte queste norme sono state oggetto di profonda revisione e codificate nell'art. 16 del nuovo codice degli appalti d.lgs 36/2023.

Nel corso del 2023, così come previsto dalle linee di gestione, l'Istituto ha partecipato al gruppo di lavoro coordinato da ARCS per la definizione di un regolamento unico regionale in materia di nomina, di funzionamento e di conflitto di interessi delle commissioni giudicatrici dei seggi di gara. Nel corso dell'anno 2024 si valuterà l'adozione di tale regolamento per le gare effettuate dall'Istituto.

Ad oggi, la procedura in essere prevede che:

Procedura per la gestione dei conflitti di interesse

Qualora in seguito ai controlli, si accerti la sussistenza di un conflitto di interessi di natura amministrativa, l'Amministrazione può:

- adottare misure/sanzioni disciplinari o amministrative a carico del funzionario interessato;
- annullare il contratto/l'atto viziato dal conflitto di interessi e ripetere la parte della procedura in questione;
- mettere in correlazione i propri risultati con altri dati e utilizzarli per effettuare un'analisi dei rischi.

Qualora il conflitto di interessi abbia carattere penale ne va data comunicazione alla Procura. Sul conflitto di interessi decide il dirigente responsabile della struttura di assegnazione o il direttore amministrativo per i dirigenti, avvalendosi, qualora necessario, del RPCT.

Astensione in caso di conflitto di interesse

Il dipendente (e gli altri soggetti individuati come destinatari del presente Piano) si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività nei casi di cui all'art. 6, comma 2 e art. 7 del D. Lgs. n. 62/2013, e qualora sorga l'obbligo di astensione deve darne comunicazione al proprio responsabile, e per conoscenza al dirigente della Struttura di appartenenza, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza. Qualora l'obbligo di astensione sorga a carico di un dirigente, questi deve

comunicarlo secondo la predetta tempistica al responsabile della Struttura di appartenenza e al Direttore del Dipartimento di afferenza.

Il dirigente esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

I provvedimenti relativi alle astensioni sono comunicati al RPC.

La mancata presentazione della richiesta di astensione, nel caso in cui sorga tale obbligo, costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Dichiarazioni di conflitto di interesse

Deve essere presentata apposita autocertificazione per:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi, forniture: per ogni procedura;
- commissioni concorsi/procedure selettive per l'assunzione di personale/attribuzione di incarichi: per ogni procedura;
- attribuzione di incarichi di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale: per ogni incarico congiuntamente alla dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità;
- attribuzione di incarichi a personale esterno: per ogni incarico congiuntamente alla dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità;
- liquidazione e pagamento di somme in favore di soggetti terzi a qualunque titolo: annuale salvo comunicazione di variazione delle condizioni;
- registrazione fatture, emissioni mandati di pagamento e controlli tecnico-contabili sui provvedimenti di liquidazione e pagamento: annuale salvo comunicazione di variazione delle condizioni.

D) INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Rispetto alla disposizione contenuta nell'art. 53, d.lgs. n. 165/2001, in relazione allo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni nonché del personale in regime di diritto pubblico, l'Istituto con deliberazione con n. 290 del 31.12.2014, revisionata con deliberazione n. 64 del 27.02.2015 ha approvato il regolamento per il conferimento degli incarichi extraistituzionali.

Con delibera n. 596 del 30/12/2019 è stato inoltre approvato un regolamento sulla partecipazione ad eventi formativi esterni all'istituto con spese a carico di soggetti privati (sponsorizzazioni individuali).

In merito è utile evidenziare che, data la complessità del tema soprattutto in ambito sanitario, l'Istituto ha operato la scelta maggiormente restrittiva nei propri regolamenti, rispetto a quanto previsto dall'art. 53

del D.lgs 165/2001 e s.m.i., imponendo ai dipendenti di richiedere autorizzazione anche per lo svolgimento di attività di docenza ciò al fine di monitorare le attività svolte dai dipendenti all'esterno.

Per ogni richiesta di autorizzazione, che deve essere preventiva, viene effettuato un controllo utile ad evitare di autorizzare attività vietate dal regolamento o che possano ricadere in casistiche con potenziali incompatibilità e conflitti di interessi oltre alla verifica dell'impegno annuale massimo previsto per queste tipologie di incarico (impegno non superiore a 45 giorni lavorativi se svolti a favore di PA ovvero impegno non superiore a 26 giorni nei restanti casi, in ragione d'anno) Ogni richiesta di autorizzazione è corredata da una autocertificazione resa dal dipendente interessato in merito all'attività da svolgersi.

La normativa di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi e dei relativi compensi all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il DFP.

Tali obblighi di comunicazione devono essere assolti con la tempistica richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

E) ROTAZIONE DEL PERSONALE

Rotazione ordinaria

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di prevenzione fondamentale in quanto l'alternanza di più soggetti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione ed utenti tali da dar luogo a fenomeni corruttivi. Tuttavia la rotazione del personale costituisce una misura complessa in quanto contrastante con il principio di continuità dell'azione amministrativa fondata sulla valorizzazione della professionalità acquisita dal dipendente.

Il PNA invita le amministrazioni ad intendere la "Rotazione ordinaria del Personale" come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Il PNA ha anche riconosciuto il fatto che l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della 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 expertise 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 specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), sia a livello dirigenziale che di comparto.

Per quanto attiene il personale dirigenziale non sanitario, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata- può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere, in linea teorica, maggiormente soggette a rotazione.

In Istituto, dove non è praticabile la rotazione ordinaria, sono state operate scelte organizzative, nonché adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi quali ad esempio la cd. "segregazione delle funzioni" che consiste nell'affidamento delle varie fasi di procedimento appartenente a un'area a rischio a più persone, avendo cura di assegnare la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal Dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale. In Istituto tale misura è stata attuata soprattutto nei settori più a rischio ovvero per quelli per cui si è proceduto alla mappatura

dei processi. Tale prassi, non riuscendo ad attuare la rotazione degli incarichi nel senso stretto del termine in quanto le materie trattate sono specifiche ed il numero di personale è esiguo, consente comunque di garantire controlli multilivello sugli atti. La segregazione delle funzioni viene posta in essere anche per l'incarico di RUP: l'esiguità del personale presente in Istituto non consente una rotazione ordinaria di tale figura.

Rotazione straordinaria

L'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. 1-quarter del d.lgs. 165/2001, è da considerarsi misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio.

Con l'adozione del proprio Codice di comportamento, l'Istituto ha introdotto l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di applicazione di misure cautelari, di provvedimenti di rinvio a giudizio, di esser stato condannato o di aver avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata un'azione penale.

F) INCONFERIBILITA' – INCOMPATIBILITA' INCARICHI DIRIGENZIALI

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, ha dettato nuove norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012.

Il provvedimento introduce alcune ipotesi di incompatibilità e di inconferibilità degli incarichi amministrativi di vertice, degli incarichi dirigenziali interni e degli incarichi dirigenziali esterni.

L'inconferibilità è una situazione di contrasto tra uno status e situazioni diverse, non può essere rimossa ma rimane uno stato di fatto. Come tale preclude, in via permanente o temporanea, l'attribuzione dell'incarico a un determinato soggetto.

L'incompatibilità consiste nell'obbligo per il destinatario dell'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico o lo svolgimento di attività con questo incompatibili. La dichiarazione di incompatibilità deve contenere altresì l'obbligo per l'interessato di comunicare ogni intervenuta variazione.

La normativa sulla incompatibilità e inconferibilità è stata oggetto di due Delibere dell'ANAC in ordine alla interpretazione e all'applicazione del D.Lgs. 39 /2013 alla Dirigenza del settore sanitario.

Inizialmente con Delibera n. 58 /2013 si era ritenuto che le cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa in oggetto non potessero ritenersi applicabili esclusivamente agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ma – inevitabilmente- anche ai dirigenti con responsabilità generale, ai direttori di strutture complesse) nonché ai dirigenti di strutture semplici non inserite in strutture complesse.

Successivamente a seguito della pronuncia del Consiglio di Stato n. 5583/2014 secondo la quale "*...appare chiaro ed inequivocabile, dunque, che il legislatore delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali; ed ha fatto ciò in pedissequa applicazione del criterio imposto dalla legge delega, e precisamente dall'art. 1, comma 50, lettera (d). Questo prevede esplicitamente una disciplina apposita per il personale delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere al fine di «comprendere» nel*

regime dell'incompatibilità i tre incarichi di vertice (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo”, l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha adottato la Delibera n.149 del 22 dicembre 2014 interamente sostitutiva della precedente ed ha espressamente precisato che “le ipotesi di incompatibilità e inconfiribilità presso le ASL devono intendersi applicabili solo con riferimento agli incarichi di Direttore generale, amministrativo e sanitario.....”.

Con successiva delibera n. 586/2019 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha previsto integrazioni e modifiche alla delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1, 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 sugli obblighi concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali. Con questa ultima deliberazione si è quindi allargata la sfera degli interessati comprendendo i Direttori di Dipartimento; Direttori di Strutture Complesse; Responsabili strutture semplici dipartimentali e strutture semplici.

L’Istituto ha preso atto dell’interpretazione fornita dall’ANAC; restano ovviamente ferme tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per il personale del SSN dettate da disposizioni diverse nonché le disposizioni di cui al DPR 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e in particolare l’art.6 “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d’interesse “ e l’art. 7 “Obbligo di astensione” e dal Codice di comportamento dei dipendenti approvato .

Al fine di realizzare la relativa misura di prevenzione il responsabile RPCT acquisisce le dichiarazioni relative all’insussistenza di cause di inconfiribilità.

Ai sensi dall’art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all’ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l’Autorità con le “Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione”, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT “avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell’accertamento delle responsabilità soggettive e dell’applicazione della misura interdittiva prevista dall’art. 18 (per le sole inconfiribilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell’elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all’organo conferente.

All’esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all’art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l’organo che ha conferito l’incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza.

All’atto dell’attribuzione dell’incarico il dipendente deve rendere la dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità ed incompatibilità.

G) DIVIETI POST EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE)

La L. 190/12 ha introdotto all’art. 53 D. Lgs. 165/2001 il comma 16 ter: “I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li

hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

L'applicazione della misura relativa a tale disposizione normativa è stata realizzata nei seguenti termini:

- in tutti i contratti di assunzione è resa, sotto la propria responsabilità, specifica dichiarazione di non trovarsi in nessuna delle situazioni richiamate dall'art. 53 D.Lgs. 165/2001, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 e dall'art. 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448. Nei contratti sottoscritti dai Direttori di Struttura Complessa o di Struttura Semplice Dipartimentale, oltre a dover dichiarare di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 D.Lgs. 165/2001, è presente un'apposita clausola, ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. n.165/2001 con la quale si specifica che è fatto divieto al Direttore di prestare attività lavorativa, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente medesimo.
- nei bandi di gara e nei capitolati speciali apposita clausola che faccia espresso riferimento alla condizione soggettiva degli operatori economici partecipanti di non avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Istituto nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di impiego e che negli ultimi tre anni di servizio presso l'Istituto abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali nei confronti degli stessi soggetti privati, prevedendo l'esclusione dalla procedura di affidamento in caso emergano le predette situazioni. Si prevede inoltre l'obbligo in capo agli stessi partecipanti di restituire all'Istituto eventuali compensi illegittimamente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Tale clausola è inserita altresì nelle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti alle procedure di affidamento.

E' stata predisposta nel corso dell'anno 2022 apposita dichiarazione, al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, che il dipendente, Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice Dipartimentale, sottoscrive al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (allegato 8).

H) TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

La tutela del whistleblower è un dovere di tutte le amministrazioni pubbliche le quali, a tal fine, devono assumere “concrete misure di tutela del dipendente” da specificare nel piano triennale di prevenzione della corruzione. La legge 190/2012 ha aggiunto al d.lgs. 165/2001 l'articolo 54-bis. Tale norma prevede che il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria o alla corte dei conti, o all'anac, ovvero riferisca al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, *non possa “essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia”.*

Il "whistleblowing" è la segnalazione compiuta da un lavoratore che, nello svolgimento delle proprie mansioni, si accorge di una frode, un rischio o una situazione di pericolo che possa arrecare danno all'azienda/ente per cui lavora, nonché a clienti, colleghi, cittadini, e qualunque altra categoria di soggetti. (Autorità Giudiziaria, Corte dei conti, Autorità Nazionale Anticorruzione, Responsabile anticorruzione all'interno del proprio Ente/Azienda): pericoli sul luogo di lavoro, frodi all'interno, ai danni o ad opera dell'organizzazione, danni ambientali, false comunicazioni sociali, negligenze mediche, illecite operazioni finanziarie, minacce alla salute, casi di corruzione o concussione e molti altri ancora.

Ad avviso dell'autorità, le condotte illecite oggetto delle segnalazioni meritevoli di tutela comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al titolo ii, capo i, del codice penale (ossia le ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari, disciplinate rispettivamente agli artt. 318, 319 e 319-ter del predetto codice), ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché i fatti in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ivi compreso l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo. si pensi, a titolo meramente esemplificativo, ai casi di sprechi, nepotismo, demansionamenti, ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, violazione delle norme ambientali e di sicurezza sul lavoro. Ciò appare in linea, peraltro, con il concetto di corruzione preso a riferimento nella circolare del dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013, volto a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

In Istituto, nelle more dell'acquisizione del software, discussa anche al tavolo regionale dei RPCT, ed a seguito dell'approvazione del DLGS n. 24 del 10/03/2023 è in fase di approvazione il Regolamento aziendale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni unitamente al modulo per le segnalazioni di violazioni e all'informativa trattamento dati personali. E' attiva inoltre una casella di posta elettronica dedicata trasparenza@cro.it che può essere utilizzata per comunicare con il RPCT. Le condotte illecite segnalate, comunque, devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» e, quindi, ricomprendono certamente quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale. Non sono meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: ciò in quanto è necessario sia tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia evitare che l'amministrazione o l'ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e comunque dispendiose. in ogni caso, considerato lo spirito della norma - che è quello di incentivare la collaborazione di chi lavora all'interno delle pubbliche amministrazioni per l'emersione dei fenomeni corruttivi - ad avviso dell'autorità non è necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, essendo invece sufficiente che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nel senso sopra indicato. Nel caso si ravvisino elementi di non manifesta infondatezza del fatto, il responsabile inoltra la segnalazione ai soggetti terzi competenti - anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti - quali:

- il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- l'ufficio procedimenti disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'autorità giudiziaria, la corte dei conti e l'a.n.a.c., per i profili di rispettiva competenza;
- il dipartimento della funzione pubblica.

La tutela della riservatezza del segnalante va garantita anche nel momento in cui la segnalazione viene inoltrata a soggetti terzi. Nel caso di trasmissione a soggetti interni all'amministrazione, dovrà essere inoltrato solo il contenuto della segnalazione, espungendo tutti i riferimenti dai quali sia possibile risalire all'identità del segnalante. I soggetti interni all'amministrazione informano il responsabile della prevenzione della corruzione dell'adozione di eventuali provvedimenti di propria competenza. Nel caso di trasmissione all'autorità giudiziaria, alla corte dei conti o al dipartimento della funzione pubblica, la trasmissione dovrà avvenire avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001. L'articolazione della procedura nelle diverse fasi è schematizzata, a puro titolo esemplificativo, nell'allegato alla determinazione anac n. 6/2015. La segnalazione, ovvero la denuncia, deve essere "in buona fede": la segnalazione è effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione. Particolare attenzione deve essere posta dai vertici dell'amministrazione e dal rpct affinché non si radichino, in conseguenza dell'attività svolta dal rpct, comportamenti discriminatori.

I) FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale costituisce una fondamentale misura per la prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata favorisce infatti:

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la diffusione di conoscenze omogenee tra i dipendenti, che consente di realizzare la rotazione del personale;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra le diverse esperienze e prassi amministrative adottate nelle varie strutture dell'Istituto, attraverso la compresenza di personale "in formazione" proveniente da realtà professionali diversificate, al fine di rendere omogenee le modalità di svolgimento dei processi amministrativi;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Per l'Istituto la formazione riveste un'importanza primaria nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali in relazione alla riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione e alla creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

Con delibera n. 37 del 26/01/2024 è stato approvato il piano formativo d'Istituto che prevede corsi specifici su "Gli adempimenti informativi obbligatori nel settore degli appalti e contratti pubblici, ANAC, SIMOG, FVOEA" e "Corso informativo per i neoassunti su codice di comportamento, codice disciplinare, orario di lavoro"

Il RPCT, d'intesa con il Centro Attività Formative, monitora e verifica il grado di partecipazione e il livello di gradimento della formazione erogata attraverso la somministrazione di questionari ai destinatari della stessa anche al fine di acquisire suggerimenti da valutare in sede di programmazione dei futuri percorsi formativi.

2.3.5.2 Misure di prevenzione specifiche

A seguito dell'attività di gestione del rischio come già descritta il RPCT ha individuato misure di prevenzione "ulteriori" a quelle prescritte dalla legge, connotate dalla specificità di riferirsi a particolari processi.

Le misure di carattere sistemico poste in essere sono:

- **Protocollo informatico - ITERATTI:** Nel corso dell'anno 2021 è stato introdotto, partendo da alcune strutture selezionate, il sistema di gestione dell'iter documentale di protocollo in entrata ed in uscita. Iteratti permette di garantire immediata visibilità dei documenti gestiti dall'Amministrazione, limitata ovviamente solo agli operatori che ne hanno titolo (la visibilità sui documenti è gestita a livello di configurazione). Per ogni documento è inoltre conservata la traccia del flusso effettuato. In ogni momento è possibile sapere, dei documenti su cui si ha visibilità, chi ha in stato di ricezione il documento e se questo è stato già preso in carico, oltre a ricostruire tutta la cronistoria dell'iter di cui il documento è stato oggetto.
- **Dematerializzazione:** la gestione dei documenti informatici prodotti dall'Istituto rappresenta un obiettivo strategico essendo stati già avviati processi di dematerializzazione in diversi ambiti di azione. In particolare, l'Istituto ha già implementato un sistema di firma digitale dei documenti informatici, di referti medici, di atti deliberativi e determinazioni dirigenziali, con conseguente archiviazione digitale, rispondendo ai dettami normativi e contestualmente alla riduzione della produzione cartacea e all'ottimizzazione degli spazi, migliorando al contempo la fruibilità e l'accessibilità dei documenti nel rispetto delle norme relative all'obbligo di conservazione.
- **Informatizzazione dei concorsi-GECO:** nel corso dell'anno 2021 è stato acquisito il software per la gestione informatizzata dei concorsi. E' uno strumento mirato che copre tutte le funzioni necessarie a gestire selezioni interne e selezioni pubbliche di ogni genere: concorsi, avvisi, incarichi professionali, borse di studio. Verifica ammissibilità, valutazione titoli, comunicazioni con i candidati, gestione informatica delle prove, elaborazione graduatorie. È una soluzione flessibile, integrabile e adattabile in ogni momento, in base alle esigenze specifiche.
- **Controlli sulle dichiarazioni sostitutive e di certificazione atto notorio:**
Tale attività si sostanzia nell'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del DPR 445/2000 così come previsto dagli artt. 71 e 72 del DPR n. 445/2000);

- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):** L'Ufficio, istituito con decreto legislativo 29/1993, rappresenta lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie ascoltano e comunicano con i loro diversi interlocutori: i dipendenti e il personale convenzionato, i cittadini-utenti dei servizi, le altre istituzioni locali, regionali e nazionali, le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, la stampa e gli organi di informazione.

I servizi si possono così riassumere:

- ✓ servizio di assistenza e informazione sulle modalità di accesso all'Istituto, nonché sulle procedure (es. visite, ricoveri, indagini diagnostiche, richiesta certificati);
- ✓ informazioni sulla struttura organizzativa, responsabili dei procedimenti, orari, sedi di ricevimento, normative di riferimento;
- ✓ raccolta delle segnalazioni rivolte all'Istituto;
- ✓ raccolta di proposte e suggerimenti per adeguare e migliorare la qualità dei servizi;
- ✓ raccolta dei reclami.

Attraverso l'Ufficio, l'Istituto esegue rilevazioni periodiche del livello di soddisfazione dei cittadini che si affidano alle cure sanitarie. I questionari vengono distribuiti all'interno delle strutture operative per raccogliere opinioni e suggerimenti degli utenti e apprezzarne il grado di soddisfazione. Mediante l'analisi dei dati raccolti, resi pubblici all'utenza, l'Istituto adotta le necessarie misure migliorative.

Sul sito web dell'Istituto è presente una pagina web dedicata dove è anche possibile reperire i moduli per presentare segnalazioni/suggerimenti/reclami /elogi.

Ufficio Ispettivo: A seguito del recepimento del regolamento di funzionamento del Servizio Ispettivo, con deliberazione n. 519 del 22/12/2023 sono stati individuati i componenti che daranno avvio all'attività nel corso dell'anno 2024.

2.3.6 TRASPARENZA

La trasparenza è uno dei punti cardine dell'anticorruzione, oggetto di normativa specifica.

Il Dlgs 33/2013 così come modificato dal Dlgs 97/2016 ha operato un'estensione dell'ambito della trasparenza intesa come *«accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»*.

La trasparenza acquisisce così, negli intenti del legislatore, un ruolo di primo piano nell'attuazione del principio democratico in quanto concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Stretta poi è l'interrelazione della trasparenza con la prevenzione del rischio corruttivo. Rendendo accessibili ai cittadini informazioni rilevanti riguardanti in particolare il conferimento di incarichi e l'utilizzo del danaro pubblico, la trasparenza ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione nella Pubblica Amministrazione; tanto che, una delle principali novità introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, è stata la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora denominato Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Essa concorre ad attuare i principi di

eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche.

Non è quindi solo un mezzo per rendere accessibili i dati ai cittadini ma è utile a rendere i cittadini parte dell'amministrazione tutelando consentendo loro di accedere a tutte le informazioni relative alla gestione.

Salvi i limiti previsti dalla normativa quali ad esempio la tutela dei dati sensibili in materia di privacy, sono pubblicate sul sito web dell'Istituto (link Amministrazione Trasparente) tutte le informazioni previste dalla norma secondo l'allegato del D.lgs. 33/2013 e s.m.i. seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione secondo le indicazioni ANAC.

Per ciascun adempimento ed obbligo di pubblicità l'Istituto individua le strutture responsabili della predisposizione e pubblicazione delle informazioni e del periodico aggiornamento come da allegato 8.

La correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni riportate sul sito aziendale è affidata a ciascuna delle strutture detentrici dei dati. Va particolarmente evidenziato che, attesa l'importanza della materia in argomento e la necessità di continuare a sensibilizzare i Responsabili delle strutture, la Direzione Generale ha ritenuto, anche per l'anno 2024, di inserire tra gli obiettivi di budget, in capo ai singoli uffici interessati, la realizzazione dei compiti attribuiti dal Programma della Trasparenza.

Obiettivo è quello di consentire ai cittadini un'effettiva conoscenza dell'attività svolta e di favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere ed eliminare ipotesi di cattiva gestione.

L'Istituto ha adottato un sistema decentrato e diffuso di pubblicazione e aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", in relazione alle funzioni delle singole strutture.

In merito si è provveduto a recepire la "Mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione" allegata alle Linee Guida del 28.12.2016 contenente le integrazioni ed i nuovi adempimenti previsti dalla normativa o dai PNA.

Conformemente a quanto previsto da ANAC, continuano a rimanere pubblicati i dati non più oggetto di pubblicazione fino alla scadenza naturale dell'obbligo.

Relativamente alla tabella contenente l'"Elenco degli obblighi di pubblicazione", allegato 8 al presente piano, per ogni singolo adempimento sono indicati:

- le macrofamiglie e le tipologie di dati ed il relativo riferimento normativo;
- la denominazione del singolo obbligo;
- i contenuti dell'obbligo;
- la tempistica di pubblicazione e aggiornamento dei dati;
- la struttura competente alla elaborazione, produzione e pubblicazione dei dati.

Nel corso dell'anno 2021 è stato istituito un monitoraggio trimestrale relativo agli obblighi di trasparenza e le risultanze dei monitoraggi sono elemento di verifica per il corretto conseguimento dello specifico obiettivo di budget assegnato alle Strutture interessate. Tale monitoraggio è stato mantenuto anche negli anni successivi e sta proseguendo anche nell'anno in corso. Il RPCT, nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di: provvedere alle misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza; controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;

segnalare all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità; controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso.

L'attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'attuazione, in generale, degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, sono state sottoposte a verifiche trimestrali trasmesse al RPCT. Non sono state rilevate problematiche.

2.3.6.1 Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, gli obiettivi indicati nel programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa ovvero con il Piano della performance, la Relazione annuale sulla performance e il Sistema di misurazione e valutazione della performance. Si intende così far fronte alla necessità di integrazione tra performance e trasparenza per quanto riguarda sia la pubblicazione delle informazioni prodotte dal ciclo di gestione della performance (programmazione aziendale e percorso di budget) che la esplicita previsione nelle schede di budget di specifici obiettivi in tema di trasparenza.

Le schede di budget, anche per l'anno 2024, prevederanno, in continuità con quanto già previsto negli anni precedenti, un'apposita sezione dedicata agli obiettivi a carico dei responsabili dei vari uffici finalizzati agli adempimenti previsti, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

2.3.6.2 Trasparenza e appalti

La trasparenza dei contratti pubblici trova fondamento giuridico nel Codice dei contratti pubblici e nella disciplina in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il nuovo codice dei contratti, d.lgs. n. 36/2023, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative a questo settore dell'attività amministrativa, basate sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio.

Le attività e i procedimenti relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici debbono essere svolti mediante le piattaforme e i servizi infrastrutturali digitali delle singole stazioni appaltanti e sono oggetto di comunicazione obbligatoria alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici di cui è titolare ANAC: da qui, la conseguenza -propria del richiamato principio dell'unicità dell'invio- per cui la comunicazione alla BDNCP da parte di ciascuna stazione appaltante di dati per i quali la legge impone anche l'obbligo di pubblicazione per finalità di trasparenza costituisce anche assolvimento di tale obbligo, essendo onere di ANAC garantire la pubblicazione in formato aperto dei dati ricevuti dalle singole stazioni appaltanti, dovendo queste ultime assicurare il collegamento tra la loro sezione "Amministrazione trasparente" del sito e la BDNCP.

Con delibera n. 261 del 20 giugno 2023, ANAC ha individuato le informazioni che, ai sensi dell'art. 23, comma 5 del Codice, le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP; tale invio deve avvenire attraverso la piattaforma digitale in uso a ciascuna stazione appaltante e costituisce anche assolvimento dell'obbligo di pubblicazione per finalità di trasparenza di cui all'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013.

Dal 1 gennaio 2024 le stazioni appaltanti assolvono agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici secondo un doppio binario:

- per tutti i dati che l'art. 10 della delibera ANAC n. 261/2023 individua come oggetto di comunicazione alla BDNCP, attraverso l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti", di un collegamento

ipertestuale che rinvia ai dati relativi al ciclo di vita del contratto, previamente comunicati alla BDNCP e da questa resi pubblici, secondo le modalità indicate nella medesima deliberazione;

- per gli atti, i dati e le informazioni che non debbono essere comunicati alla BDNCP, come analiticamente individuati dall'allegato 1 della delibera ANAC n. 264/2023, come modificata con delibera ANAC n. 601/2023, attraverso la loro pubblicazione tempestiva in formato aperto a cura della stazione appaltante nella sezione del sito "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti".

Per quanto attiene, infine, agli obblighi di trasparenza applicabili nel periodo transitorio e in quello a regime si richiama di seguito quanto sintetizzato da ANAC nell'aggiornamento 2023 del PNA 2022:

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023: Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024: Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Il nuovo quadro di riferimento normativo in materia di appalti e le novellate indicazioni di ANAC ha, dunque, modificato alcune parti sostanziali della trasparenza in un'ottica sempre maggiore di trasversalità e si rappresenta che le innovazioni introdotte, che comportano anche una revisione dell'albero di Amministrazione Trasparente, hanno avuto avvio nel corso dell'anno 2023 e troveranno implementazione progressiva nel corso del 2024.

2.3.6.3 Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Come previsto dall'art.1, comma 8 della Legge 190/2012 il Direttore Generale dell'Azienda individua i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione corruzione e trasparenza:

- a) Revisione dell'albero del sito web di Amministrazione Trasparente "Bandi di gara e contratti" in conformità a quanto previsto nell'allegato 9 al PNA 2022;
- b) Continuo aggiornamento delle attività previste nella griglia di rilevazione utili ai fini della pubblicazione dei dati e delle informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale con monitoraggi trimestrali;
- c) Implementazione in "Amministrazione Trasparente" dei dati relativi alle procedure collegate al PNRR.

2.3.6.4 Tipologie di accesso

Le tipologie di accesso agli atti pubblici possono essere di tre tipi:

- accesso ai documenti amministrativi e ai documenti sanitari, ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/90 e s.m.i.;

- accesso civico semplice;
- accesso civico generalizzato.

L'accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale") prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di "un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad un situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell'operato della pubblica amministrazione. Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all'ANAC, che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n.241/1990, art. 25. L'accesso documentale deve essere tenuto distinto dall'accesso civico ex D.Lgs 33/2013 (art.5) e dall'accesso generalizzato ex D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016 (art.5, co 2).

L'istituto dell'accesso civico introdotto con il decreto legislativo 33 del 14.03.2013: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni"*, si sostanzia nel diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo ai sensi del D.Lgs 33/2013. Può essere:

- **semplice:** disciplinato al comma 1 dell'art. 5 d.lgs. 33/2013, che così recita: "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";
- **generalizzato:** disciplinato al comma 2 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, che così recita: "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 del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

La richiesta di accesso è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al responsabile della Trasparenza. Può essere redatta sul modulo appositamente predisposto e presentata tramite una delle seguenti modalità:

- mail: croaviano@cro.it
- PEC: protocollo@pec.cro.it
- posta ordinaria: Centro di Riferimento Oncologico, Via Franco Gallini, 2 - 33081 Aviano PN
- fax al n. 0434-652182
- direttamente presso il Centro di Riferimento Oncologico, ufficio protocollo, Via Franco Gallini, n. 2 - 33081 Aviano PN.

Entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta, l'amministrazione procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale. Se

invece il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può rivolgersi al Direttore Generale (mail direzionegenerale@cro.it, tel. 0434 659217), titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art.2 comma 9 bis legge 241/90 e s.m.i. , il quale, dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione dandone contemporaneamente comunicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

E' istituito presso il Centro di Riferimento Oncologico il Registro degli accessi tenendo conto delle tre sezioni sull'accesso generalizzato, accesso civico e accesso ex. L. 241/1990.

Il registro è aggiornato tempestivamente ed è pubblicato nella sezione "Altri contenuti" sotto-sezione "Accesso civico" del link "Amministrazione trasparente".

Nel corso dell'anno 2023 sono pervenute 17 richieste di accesso civico generalizzato. I settori interessati dalle richieste sono stati la Direzione Sanitaria, la struttura complessa Affari Generali e Legali e Gestione del Personale e la struttura complessa Gestione Risorse Economico Finanziarie. Non sono pervenute richieste di accesso civico semplice.

2.3.7 MONITORAGGIO E RIESAME

Il PTPC è un documento di programmazione.

Al fine di porre in atto un'efficace strategia di prevenzione della corruzione è necessario che venga individuato un sistema di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure sia sul piano stesso. L'attività di monitoraggio deve essere svolta prevedendo la collaborazione di tutti gli attori coinvolti: con il RPCT collaboreranno sia i referenti individuati sia l'OIV.

La responsabilità del monitoraggio è in capo al RPCT per quanto, in Istituto, vista la molteplicità degli elementi da monitorare, è stato previsto un sistema a più livelli. In tale sistema il referente di primo livello è il referente individuato ed il secondo è il RPCT.

2.3.7.1 Monitoraggio

A seguire si specifica quali erano stati indicati quali obiettivi, correlati anche al ciclo della performance, per l'anno 2023 e quale è stato il livello di raggiungimento:

1. **OBIETTIVO:** Prosecuzione del monitoraggio trimestrale, con cadenza 31/03, 30/06, 30/09, 31/12, utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell'arte indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito – per tutte le strutture coinvolte;
RISULTATO: Tutte le strutture coinvolte hanno sempre risposto rispettando le scadenze date e non sono mai stati rilevati ritardi o problematiche nell'adempimento dei compiti di pubblicazione.
2. **OBIETTIVO:** Mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo afferenti la Direzione Scientifica;
RISULTATO: Tale obiettivo è stato raggiunto nei termini previsti ed è parte integrante del presente piano come allegato 7.
3. **OBIETTIVO** Revisione modulo di dichiarazione di conflitto di interessi per gare come da PNA ANAC anno 2022;

RISULTATO: il tema del conflitto di interessi per le gare è stato oggetto, nel corso del 2023, di un gruppo di lavoro regionale, coordinato da ARCS, previsto dalle linee di gestione 2023, dal quale è esitato un regolamento unico regionale in materia di nomina, di funzionamento e di conflitto di interessi delle commissioni giudicatrici dei seggi di gara.

4. OBIETTIVO: Revisione, con aggiornamenti ed implementazioni, del regolamento per l'attività extraistituzionale.

RISULTATO: Nel corso dell'anno 2023 è stato rivisto il regolamento che è in fase di approvazione formale.

5. OBIETTIVO Acquisizione di un sistema Software in grado di tenere traccia degli appuntamenti degli informatori scientifici al fine di agevolare l'iter di registrazione e di costituire contestualmente un registro degli informatori accreditati.

RISULTATO: Sono stati fatti, nel corso dell'anno 2023, i necessari approfondimenti da parte delle strutture interessate, Gestione delle tecnologie cliniche, tecnico-strutturali e informatiche ed Approvvigionamenti, economato e logistica sia dal punto di vista del servizio sia dal punto di vista informatico e nel 2024 si provvederà all'acquisizione.

6. OBIETTIVO: Ufficio Ispettivo: recepimento del regolamento ed inizio attività.

RISULTATO: A seguito del recepimento del regolamento di funzionamento del Servizio ispettivo, con deliberazione n. 519 del 22/12/2023 sono stati individuati i componenti che daranno avvio all'attività nel corso dell'anno 2024.

2.3.7.2 Azioni di miglioramento per il triennio 2024-2026

Nel corso dell'anno 2024 si prevedono quali obiettivi correlati al ciclo della performance:

1. Prosecuzione del monitoraggio trimestrale, con cadenza 31/03, 30/06, 30/09, 31/12, utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell'arte indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito – per tutte le strutture coinvolte;
2. Revisione totale del regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria e altre attività a pagamento;
3. Valutazione dell'adozione del regolamento in materia di nomina, di funzionamento e di conflitto di interessi delle commissioni giudicatrici e dei seggi di gara;
4. Revisione, con aggiornamenti ed implementazioni, del regolamento per l'attività extraistituzionale;
5. Acquisizione di un sistema Software in grado di tenere traccia degli appuntamenti degli informatori scientifici al fine di agevolare l'iter di registrazione e di costituire contestualmente un registro degli informatori accreditati.

2.3.8 EROGAZIONI LIBERALI A SOSTEGNO DEL CONTRASTO ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19

L'art. 99, comma 5, del D.L. n. 18/2020, convertito nella L. n. 27/2020, dopo aver sancito l'obbligo di una rendicontazione separata prevede che al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19 ciascuna Pubblica Amministrazione, beneficiaria delle erogazioni liberali a sostegno del contrasto

all'emergenza epidemiologica da COVID-19, pubblici tale separata rendicontazione sul proprio sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle liberalità.

Il Cro ha provveduto ad implementare la sezione "Interventi straordinari e di emergenza" creando due nuove sottosezioni:

- "Emergenza Covid-19" all'interno della quale sono stati pubblicati tutti i provvedimenti straordinari collegati all'emergenza;
- "Rendicontazione erogazioni Covid-19": all'interno della quale verranno pubblicate le eventuali donazioni ricevute. Ad oggi nessuna erogazione liberale è stata ricevuta.

2.3.9 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E FONDI PNRR

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione.

La stessa RGS, nel citato allegato, specifica che le Amministrazioni centrali titolari degli interventi e i soggetti attuatori sono tenuti, in quanto pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, al rispetto della disciplina nazionale in materia di trasparenza. Restano fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d.lgs. n. 33/2013, anche alla luce delle indicazioni generali dettate da ANAC.

In assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - viene ribadita la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013.

L'Istituto ha già provveduto a creare una sezione dedicata presente in home page che rimanda ad una pagina esplicativa, in termini di missioni e di importi finanziati, che riguardano l'attività dell'ente.

E' stata inoltre creata una nuova sezione sul sito web in Amministrazione Trasparente in "Altri contenuti" denominata "Attuazione misura PNRR". Tale sezione è implementata con informazioni riguardo:

- Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo": Componente 2 "Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo", Investimento 6.1 "Riforma del sistema della proprietà industriale";
- Missione 4 "Istruzione e ricerca" Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa", Investimento 1.1 "Progetti di ricerca di rilevante interesse nazionale (PRIN)";
- Missione 6 "Salute" – Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" – Investimento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero"

All'interno di ogni sezione sono contenuti i documenti relativi allo sviluppo del progetto.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Come già evidenziato in premessa, il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) classificato come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale per l'Oncologia.

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

Il CRO ha una sede prevalente ad Aviano (PN), in cui assicura diverse tipologie di attività clinico - assistenziali e di ricerca come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale. Assicura altresì le attività previste dalla programmazione regionale nei presidi ospedalieri della AAS5 di Pordenone. In particolare, in ragione dell'assetto organizzativo delineato nelle norme regionali (DGR n.349 del 04/03/2016, dal 01/01/2017) il CRO svolge anche per l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale le funzioni di Radioterapia, Oncologia e Medicina Nucleare.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto sono disciplinati con l'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

L'Atto aziendale adottato con Delibera n. 136 del 30.03.2023 è stato modificato a seguito dell'entrata in vigore del predetto D.Lgs n. 200/2022 con, tra l'altro, l'introduzione di un'apposita sezione per le funzioni della ricerca; il documento individua l'assetto istituzionale ed organizzativo dell'I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico definendo l'identità aziendale, mission e vision dell'Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell'Ente.

L'assetto organizzativo dell'Istituto prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale.

Con delibera n. 82 del 08.02.2024, è stato aggiornato il regolamento attuativo dell'atto aziendale per la sezione riguardante l'articolazione organizzativa in staff alla direzione generale e quella riferita al dipartimento della gestione amministrativa.

Per quanto attiene alla rappresentazione dell'organigramma aziendale si rinvia alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente Piano.

3.1.1 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2023

Si riporta la tabella che confronta la forza lavoro (FTE) al 31 dicembre degli ultimi tre anni suddiviso per ruolo e profilo:

FORZA LAVORO (FTE) AL 31.12

	anno 2021	anno 2022	anno 2023
RUOLO SANITARIO			
dirigenti medici	111,20	123,00	125,33
dirigenti biologi	20,00	20,00	19,00
dirigenti farmacisti	5,00	5,00	5,00
dirigenti fisici	8,00	8,00	9,00
dirigenti psicologi	1,00	2,00	2,00
dirigenti prof. Sanitarie	2,00	2,00	2,00
dirigente chimico	1,00	1,00	1,00
infermieri	175,80	175,77	176,23
TSLB	47,07	49,23	50,07
TSRM	44,67	44,67	47,50
altro comparto	4,00	4,00	4,00
tot	419,73	434,67	441,13
RUOLO SOCIO-SANITARIO			
operatore socio-sanitario	50,83	65,83	70,83
RUOLO PROFESSIONALE			
dirigenti	2,00	2,00	3,00
RUOLO TECNICO			
dirigenti	2,00	2,00	2,00
comparto	68,97	62,60	63,60
tot	70,97	64,60	65,60
RUOLO AMMINISTRATIVO			
dirigenti	6,00	6,00	6,00
comparto	67,16	84,33	85,50
tot	73,16	90,33	91,50
RUOLO RICERCA			
comparto	46,00	41,00	58,00
totale complessivo	662,70	698,43	730,07

3.1.2 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

La valorizzazione delle risorse umane è praticata mettendo in atto gli strumenti previsti dalla vigente disciplina contrattuale nazionale, tra i quali:

- Incarichi dirigenziali;
- Incarichi di funzione;
- Progressione orizzontale;
- Sistema incentivante;
- Istituto ferie solidali;
- Diritto allo studio;
- Smart working.

Il sistema degli incarichi dirigenziali contribuisce a determinare il corretto svolgimento della funzione secondo principi di autonomia, responsabilità e valorizzazione del merito e della prestazione professionale. Di riflesso, l'articolazione dei livelli di responsabilità - aderenti all'assetto organizzativo e

funzionale definito nell'Atto Aziendale - concorre ad una più efficace e proficua organizzazione e gestione delle risorse volta al raggiungimento degli obiettivi, stabiliti dalla programmazione.

Anche gli incarichi di funzione del personale del Comparto costituiscono uno strumento gestionale che concorre a realizzare un modello organizzativo flessibile di decentramento delle responsabilità, per il conseguimento degli obiettivi aziendali, e di valorizzazione delle competenze acquisite.

L'Istituto sta ultimando il processo che ha condotto alla nuova mappatura degli incarichi dirigenziali, con contestuale revisione del regolamento delle procedure per l'attribuzione degli incarichi stessi. L'iter di attribuzione degli incarichi censiti, attraverso emissione dei bandi, sarà ultimato nel terzo trimestre.

Evidenziato che gli incarichi di funzione del personale del Comparto costituiscono uno strumento gestionale che concorre a realizzare un modello organizzativo flessibile di decentramento delle responsabilità per il conseguimento degli obiettivi aziendali e di valorizzazione delle competenze acquisite, in corso d'anno si attiveranno i tavoli sindacali di confronto sui criteri per il conferimento degli incarichi del comparto in applicazione del CCNL 02.11.2022, procedendo quindi all'indizione delle relative procedure.

Dato atto che il contratto sopraindicato ha inoltre previsto il reinserimento delle progressioni verticali, che consentono una crescita professionale per il personale, nel corso del 2024 l'Istituto definirà i criteri necessari per attivare le procedure per dar corso alle progressioni verticali.

Quali ulteriori strumenti di valorizzazione delle risorse interne, nel corso del 2023 è stata espletata una nuova procedura finalizzata alle progressioni economiche all'interno delle aree per il personale del comparto.

Per quanto riguarda il personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, nel primo trimestre 2024 si ultimerà l'iter di assunzione a tempo indeterminato, attraverso la procedura di stabilizzazione, del personale in possesso dei requisiti stabiliti dalle norme di riferimento.

Inoltre, per favorire il benessere organizzativo aziendale, intervenendo sulla conciliazione tra lavoro e vita privata dei dipendenti:

- con delibera DG n. 527 del 23/12/2021 è stato approvato il Regolamento che disciplina l'istituto delle ferie e riposi solidali previsto all'art. 34 CCNL 21/05/2018;
- con delibera DG n. 184 del 03/05/2023 è stato approvato il Regolamento che disciplina il rapporto di lavoro a tempo parziale per il personale del comparto;
- con delibera DG n. 514 del 28/10/2022 è stato approvato il nuovo Regolamento d'Istituto su lavoro agile o smart working.

3.2. SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO E MISURE ORGANIZZATIVE

Nell'ambito del contesto normativo di riferimento, il CRO ha continuato a far ricorso allo strumento del lavoro agile, adattando di volta in volta la propria organizzazione.

In quest'ottica, sono state fatte, all'origine, le dovute mappature, individuando gli ambiti in cui la prestazione possa essere resa in modalità agile. Sulla base di tali evidenze e della normativa in essere, con Deliberazione del Direttore Generale n. 514 del 28.10.2022 è stato adottato il Regolamento d'Istituto sul lavoro agile, tutt'ora vigente.

3.2.2 CARATTERISTICHE E CONDIZIONI DEL LAVORO AGILE

In base alla normativa vigente, lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve avvenire rispettando le seguenti condizioni:

- a) Invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) compatibilità della modalità agile con la tipologia di attività cui il lavoratore è tenuto e organizzazione degli uffici e del lavoro;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni organizzative e dei dirigenti responsabili di struttura;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario;
- i) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione del lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza.

Dal punto di vista del trattamento giuridico ed economico, l'attività in smart working è:

1. non incidente sulla natura giuridica del rapporto subordinato in atto;
2. non penalizzante ai fini del riconoscimento della professionalità, della progressione di carriera, del
3. computo dell'anzianità di servizio, dell'applicazione degli istituti contrattuali;
4. equiparata al servizio ordinariamente reso presso le sedi abituali.

3.2.3 AMBITO DI APPLICAZIONE E SOGGETTI INTERESSATI

La presente disciplina si applica a tutto il personale in servizio presso l'Istituto sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che determinato, pieno, parziale o ad orario ridotto, compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro. Al personale di ruolo, ai soli fini dell'applicazione della disciplina del lavoro agile, è equiparato il personale proveniente da altre amministrazioni in posizione di comando, fuori ruolo, distacco. Resta escluso il personale che non abbia concluso il periodo di prova.

Nell'attuazione del lavoro agile i soggetti coinvolti sono:

- SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane che, nell'ambito della gestione amministrativa, ha il compito di recepire la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative, anche tramite il confronto con la Direzione strategica e le OOSS. Fornisce apposita documentazione relativa agli obblighi di riservatezza, segretezza e sicurezza in collaborazione con l'Ufficio sistema informativo. Verifica, inoltre, le percentuali di lavoratori in regime di lavoro agile ed effettua la sintesi delle attività amministrative mappate dai Dipartimenti;
- I Direttori e i Responsabili di Struttura, che devono garantire il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale. Devono rivedere i processi di competenza ed

effettuare un'approfondita analisi organizzativa, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati. Devono inoltre indicare le attività che possono essere svolte in lavoro agile, definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione. Favoriscono la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

- SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche che verifica l'attuabilità tecnica, della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento per tale attività;
- Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale che fornisce le linee guida di comportamento da adottare per svolgere in sicurezza l'attività in modalità agile.

3.2.4 ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODALITÀ AGILE

L'identificazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile, nonché l'individuazione del personale da destinare al lavoro agile, è svolto dai Direttori e dai Responsabili di Struttura.

In linea di massima possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- a) siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- b) possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- c) prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- d) non richiedano una relazione costante con il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza;
- e) siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Per contro sono escluse dallo svolgimento in modalità di lavoro agile:

1. le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti;
2. le attività da prestare su turni;
3. le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non remotizzabile;
4. le attività di segreteria della Direzione Generale;
5. le attività di commissioni di gara e di concorso;
6. le attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico;
7. le attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro istituzionale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc...).

Rimane fermo che, in ogni caso, la compatibilità dell'attività oggetto del progetto di lavoro agile a tale modalità di lavoro debba essere sempre previamente verificata dal Direttore/Responsabile proponente.

3.2.5 CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nell'affidamento di attività da svolgere con modalità di lavoro agile, la cui attivazione avviene su base volontaria del dipendente, sono tenuti in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere soggettivo, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) l'affidabilità della persona;
- b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;

- c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- d) la capacità di gestione del tempo;
- e) le competenze informatiche.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, si adottano i seguenti criteri di priorità:

1. dipendente portatore di handicap in situazione di gravità, debitamente certificato;
2. condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001 ovvero di lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
3. esigenze di cura di figli minori in relazione al numero ed all'età (minori di 12 anni) con priorità ulteriore per chi ha figli di età inferiore ai 3 anni;
4. dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità, con adeguata documentazione o dipendenti caregiver;
5. maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;
6. tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea.

Ai soggetti affetti da patologie individuate dal Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022 si garantisce, ai sensi della legislazione vigente, la più ampia fruibilità di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Con tale previsione, presente *ab origine* nel regolamento dell'Istituto, si ritiene già recepita quella che è stata definita Direttiva "salva fragili" e di cui si è detto nel paragrafo 3.3.1. I requisiti di priorità devono essere posseduti al momento della presentazione della richiesta.

3.2.6 MODALITÀ DI ACCESSO AL LAVORO AGILE

L'accesso al lavoro agile prevede l'adesione volontaria del lavoratore.

Il dipendente interessato a svolgere l'attività in lavoro agile è tenuto a sottoscrivere apposito accordo con il proprio Direttore/Responsabile. La sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro, secondo lo schema tipo, è condizione necessaria per l'attivazione del rapporto in modalità agile e definisce il progetto individuale oggetto di tale attività.

Tale accordo deve inoltre contenere:

- le informazioni identificative del dipendente e della Struttura di appartenenza;
- la durata del periodo di lavoro agile;
- gli obiettivi generali e specifici da perseguire;
- le giornate in cui il dipendente lavorerà in lavoro agile;
- le fasce di contattabilità concordate con il responsabile e quelle di disconnessione;
- le attività da svolgere;
- gli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile e forme di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'Amministrazione;
- le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- le modalità di eventuale recesso dallo svolgimento dell'attività in lavoro agile;
- il luogo di prestazione del lavoro agile.

3.2.7 MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO AGILE

1. Il personale autorizzato alla modalità di lavoro agile può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro ordinariamente per un massimo di 8 giornate al mese, traducendosi, di norma, in 2 giorni settimanali, non frazionabili ad ore, secondo un calendario da concordare preventivamente con la Struttura di appartenenza. Il Direttore/Responsabile di Struttura, ove ricorrano particolari esigenze organizzative o sanitarie, può modulare le giornate di lavoro agile anche superando il suddetto limite, fermo restando che il dipendente potrà lavorare in modalità agile per un massimo di 24 giorni nel trimestre.
2. Al fine di garantire un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il personale deve garantire la contattabilità nelle fasce orarie collocate all'interno del range 8.00 -18.00 e definite in accordo con il Direttore/Responsabile di Struttura. La fascia di contattabilità è il periodo in cui il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via e-mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro. Il rispetto dell'orario di lavoro indicato nell'accordo assume rilievo solo come parametro esterno per la determinazione delle fasce di contattabilità e di inoperabilità e non come parametro per la misurazione della prestazione del lavoratore agile, che deve essere valutato in relazione agli obiettivi raggiunti.
3. Fatte salve le fasce di contattabilità di cui al punto 2, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo nonché il "diritto alla disconnessione" dalle strumentazioni tecnologiche di cui al punto successivo.
4. L'Istituto riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad e-mail, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nel periodo fuori dalla fascia oraria di contattabilità concordata con il proprio Direttore/Responsabile o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione). Tale fascia di inoperatività deve ad ogni modo comprendere il periodo di 11 ore di riposo consecutivo previsto dai CC.CC.NN.LL. nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 06:00 del giorno successivo.
5. Per lo svolgimento del lavoro agile il CRO fornisce, di norma, pc e applicativi aziendali (o in uso all'azienda).
6. Il lavoratore si impegna ad utilizzare gli strumenti forniti esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa.
7. I dipendenti sono tenuti alla custodia e all'utilizzo della strumentazione fornita in maniera conforme alla policy aziendale in materia; la relativa manutenzione resta a carico dell'Istituto.
8. Ogni altro costo economico collegato direttamente o indirettamente allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile (ad es. elettricità, riscaldamento, connessioni telefoniche, ecc.) è a totale carico del dipendente.
9. Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione utilizzata nella sede di lavoro agile, i dati e gli strumenti tecnologici eventualmente messi a disposizione o necessari allo svolgimento della prestazione.

3.2.8 PERCORSI FORMATIVI

Per tutto il personale coinvolto e in primis per la dirigenza che è chiamata a decidere sulle attività soggette al lavoro agile, occorrerà prevedere un percorso formativo, sia di tipo verticale sia orizzontale, al fine di approfondire le tematiche relative alla nuova modalità di lavoro. Il percorso verticale include la normativa, le tecnologie, la sicurezza dei dati e dei luoghi; quello orizzontale le dinamiche gestionali, la produttività e misurazione, la revisione dei processi e il cambiamento.

L'Istituto si possono svolgere in modalità di smart-working

La diffusione dello smart working in Istituto è condizionata dal fatto che le attività di ricovero, cura e ricerca necessitano della presenza fisica e continuativa degli operatori sanitari.

Si evidenzia che, rispetto alla fase sperimentale avviata nel corso del 2020, nell'ultimo biennio (2022-2023) si è registrato un minor ricorso alla modalità di lavoro agile sia in termini di persone che ne hanno fatto richiesta sia in termini di numero di ore fruito.

Per rendere questa modalità di lavoro più accessibile ed efficace, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, è necessario implementare interventi specifici riguardanti in particolare il miglioramento dei sistemi informativi, la formazione del personale sull'uso delle tecnologie, lo sviluppo della capacità dei dipendenti di condivisione di dati e informazioni.

Nelle more della definizione di un percorso formativo ad hoc, stante anche il fatto che il lavoro in modalità agile nel 2023 è stato richiesto solo dal 4,05% del personale, alcune strutture sono state coinvolte nel programma formativo denominato Syllabus promosso dal Ministero per la Pubblica Amministrazione. Il programma, prevedendo, tra le altre, attività legate a competenze digitali e in ambito tecnologico, ben si coniuga e si inserisce come formazione fondamentale anche per coloro che lavorano in modalità agile.

3.2.9 MONITORAGGIO IMPATTO LAVORO AGILE E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il lavoratore agile deve inviare al Direttore/Responsabile, nelle modalità e coi tempi stabiliti, il rapporto delle attività svolte tramite apposito modulo concordato con lo stesso al fine di consentire il monitoraggio delle attività.

Il Direttore/Responsabile di Struttura, verifica l'adempimento delle attività assegnate ai dipendenti in lavoro agile e il raggiungimento degli obiettivi assegnati che devono essere sempre puntuali e misurabili. Le componenti della misurazione e della valutazione delle performance individuale del lavoro agile fanno riferimento sia ai risultati raggiunti, in termini di efficacia quantitativa, qualitativa, produttiva e temporale, che ai comportamenti, in termini di responsabilità individuale rispetto all'organizzazione dell'attività lavorativa e comunicazione (sia orizzontale che verticale).

L'attività svolta in modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Gli indicatori finalizzati all'effettuazione del dovuto monitoraggio dovrebbero essere orientati al controllo dei seguenti aspetti del lavoro reso in maniera agile: performance organizzativa, obiettivi individuali assegnati e contributi organizzativi.

3.2.10 DISPOSIZIONI FINALI

La regolamentazione aziendale per il lavoro agile, al fine di rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento, sarà oggetto di periodiche revisioni ed aggiornamenti che tengano conto dei contributi offerti dai confronti con tutti i soggetti coinvolti.

Qualora dovessero manifestarsi nuovi scenari di emergenza sanitaria, l'Istituto si riserva di tornare all'utilizzo del lavoro agile in modalità semplificata come strumento primario nell'effettuazione dell'attività lavorativa. Per quanto non espressamente previsto dalla presente disciplina, trovano applicazione le norme di legge, le disposizioni ministeriali, contrattuali e regolamentari in essere.

3.3 SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il piano triennale dei fabbisogni del personale, quale adempimento prescritto dall'articolo 6 del d.lgs. 165/2001, è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in linea con le risorse assegnate.

Per l'aggiornamento del PTFP 2024-2026 la Regione FVG con deliberazione di Giunta Regionale n. 48 del 19/01/2024 "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale, anno 2024. Approvazione definitiva" ha fornito le indicazioni per la redazione del PTFP.

L'approvazione preliminare del PTFP 2024-2026 è avvenuta in sede di "Approvazione definitiva del piano attuativo e bilancio preventivo 2024 corredata del parere del collegio sindacale" di cui alla delibera n. 101 del 21.02.2024.

Il PTFP sarà approvato con decreto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio. Nei trenta giorni successivi alla sua adozione le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti del PTFP tramite il sistema di cui all'articolo 60 del D. Lgs. 165/2001.

Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 10, comma 2 del D.Lgs. n. 200/2022, nell'ambito del PTFP è stata ricompresa la ricognizione del personale impiegato presso le articolazioni organizzative dedicate alla ricerca scientifica e alla sua gestione, ivi incluso il personale del comparto di ricerca sanitaria collocato in altre strutture dell'Istituto.

Rispetto al PTFP 2024-2026 si precisa che, al fine di assicurarne la necessaria flessibilità e di garantirne l'adattamento rispetto al contesto organizzativo in continua evoluzione, l'Istituto si riserva, come previsto nelle linee annuali di gestione, di effettuare, sia per l'area del comparto che della dirigenza, qualora necessarie delle modifiche in occasione dei rendiconti infra annuali, riportando le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.

Per il biennio 2025-2026, si evidenzia la difficoltà di prevedere a regime l'andamento della dotazione organica in un contesto organizzativo complesso. Atteso quanto sopra descritto, si provvede a rappresentare le annualità 2025 e 2026 quale sostanziale espressione della situazione esistente al 31 dicembre 2024 e dei relativi costi, incrementati della dotazione prevista per il completamento della protonterapia e dei relativi costi con ricaduta nelle singole annualità.

Il PTFP sarà aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

3.4 SOTTOSEZIONE: FORMAZIONE DEL PERSONALE

L' IRCSS CRO considera da sempre la formazione come compito istituzionale fondamentale legato alla propria natura di Istituto Scientifico, anche in ottemperanza alle previsioni della L.R. 14/2006.

L'attività annuale della formazione ha una sua fase programmatoria nella costruzione del Piano della Formazione Aziendale (PFA) redatto in coerenza con le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale" e i Regolamenti relativi ai Provider di livello nazionale e regionale.

Da gennaio 2022 è in uso il nuovo gestionale della formazione "TOM" che dispone di funzionalità aggiuntive rispetto a quello precedentemente in uso, consentendo di gestire il processo formativo nella sua totalità.

Il piano formativo anno 2024 per la formazione interna è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 37 del 26.01.2024 ed è predisposto sulla base:

- delle linee di formazione obbligatoria indicate dalla normativa vigente;
- delle linee di formazione obbligatoria indicate nelle Linee Annuali per la gestione del SSR anno 2024;
- degli obiettivi della formazione continua in medicina previsti dalla CNFC;
- dell'analisi del fabbisogno formativo del personale sanitario e tecnico amministrativo eseguita nel 2021 in forma anonima attraverso la compilazione di un questionario su piattaforma web dedicata;
- delle proposte per la formazione interna pervenute dalle Direzioni, Dipartimenti e Strutture Operative dell'Istituto sulla base del format indicato dal CAF.

In particolare la Formazione del Provider ECM del CRO in qualità di Ente con Accreditamento Standard (Decreto n° 205/SPS del 17/02/2022) sarà orientata a trovare sinergie tra ricerca traslazionale, cura dei pazienti oncologici, umanizzazione, dignità e qualità delle cure e promozione delle competenze e della motivazione degli operatori. L'attività sarà proattiva per gestire i cambiamenti previsti favorendo l'integrazione tra le necessità di sviluppo del sistema organizzativo, i fabbisogni di sviluppo e benessere del personale, la domanda di salute dei cittadini e il razionale utilizzo delle risorse.

4. MONITORAGGIO

4.1 SOTTOSEZIONE: 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 SOTTOSEZIONE: 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 SOTTOSEZIONE: 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 specifico della sotto sezione 2.3.7 "Rischi corruttivi e trasparenza" ed è comunque allineato al monitoraggio della performance, costituendo un elemento per la valutazione della stessa.

4.4 SOTTOSEZIONE: MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Piano Triennale dei Fabbisogni: in linea con i monitoraggi sugli obiettivi di valore pubblico e di performance, il Direttore generale approva e trasmette tempestivamente all'Azienda regionale di coordinamento per la salute i report trimestrali rispettivamente entro il 31 maggio, il 31 luglio e il 31 ottobre.

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE							
FASE 1: PROGRAMMAZIONE							
Programmazione: l'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto							
ATTIVITA' FASE 1	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
1	definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle forniture che possono essere realizzate da un determinato operatore economico)	Livello di interesse esterno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, affidando la fornitura/servizio ad un unico fornitore anziché promuovere un confronto competitivo tra più aziende mediante l'indizione di apposita gara. Conseguentemente ciò può generare aumenti significativi della spesa.	ALTO	Per nuove forniture e servizi, obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.	E' necessario che la definizione dei fabbisogni sia concertata da più soggetti che si assumono la responsabilità di determinarli. Generalmente i fabbisogni vengono calcolati sulla base del consumo storico (quando trattasi di materiali di consumo) tenendo conto di tutte le variabili che è possibile prevedere (riorganizzazione delle attività, capacità di attrazione, eventi emergenziali, personale disponibile, ecc.).	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche fornitore generando responsabilità sia di natura penale, sia erariale a carico del funzionario/dirigente. Inoltre può essere compromessa anche l'immagine della Stazione Appaltante.			E' assolutamente necessario che sia ben individuato il bene/servizio necessari e capire che cosa offre il mercato. E' assolutamente da evitare prese di posizione rigide non ammettendo prodotti alternativi o forniti da ditte diverse, segnalando la presunta "infungibilità" del bene/servizio richiesti.	
	definizione di un fabbisogno rispondente ad esigenze non veritiere o dirette a privilegiare un certo tipo di fornitura o servizio realizzate da un operatore economico, a scapito di altri	Livello di interesse esterno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, affidando la fornitura/servizio ad un unico fornitore anziché promuovere un confronto competitivo tra più aziende mediante l'indizione di apposita gara. Conseguentemente ciò può generare aumenti significativi della spesa.	ALTO	Condivisione dei fabbisogni con i responsabili delle Strutture e UUOO interessate e il RUP e la Direzione Aziendale	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
	non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni quadro già in essere	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	ALTO	Indicazione nel piano dell'obbligo (se normativamente imposto) o l'intenzione, di ricorrere ad una centrale di committenza o ad un soggetto aggregatore per l'espletamento della procedura di affidamento.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE

FASE 1: PROGRAMMAZIONE

Programmazione: l'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto

ATTIVITA' FASE 1	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
2	intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	Livello di interesse esterno	n.d.	BASSO	Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara)	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, in quanto non programmando alcune gare si possono favorire alcuni fornitori garantendo gli approvvigionamenti con le spese "in economia". Conseguentemente, anche in questo caso, ciò può generare aumenti significativi della spesa.				
	l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	Livello di interesse esterno	n.d.	ALTO	Collegare il piano degli acquisti al piano delle performance	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, affidando la fornitura/servizio in urgenza o mediante atti di proroga ad un unico fornitore anziché promuovere un confronto competitivo tra più aziende mediante l'indizione di apposita gara. Conseguentemente ciò può generare aumenti significativi della spesa.				
3	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	Livello di interesse esterno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, affidando la fornitura/servizio in urgenza o mediante atti di proroga ad un unico fornitore anziché promuovere un confronto competitivo tra più aziende mediante l'indizione di apposita gara. Conseguentemente ciò può generare aumenti significativi della spesa.	ALTO	Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
Consultazioni stakeholders	grado di discrezionalità del decisore interno						

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE

FASE 1: PROGRAMMAZIONE

Programmazione: l'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto

ATTIVITA' FASE 1	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO		DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO
		Livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno			AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
4	Individuazione del responsabile del procedimento	Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	Livello di interesse esterno	Il rischio indicato può favorire la violazione di regole e principi in materia di contratti pubblici, privilegiando alcuni fornitori, grazie alla frequente presenza, per ragioni legate all'approvvigionamento, presso le strutture aziendali (E' il caso dei servizi (es. manutenzioni) e forniture abituali in service o in conto deposito di dispositivi medici. Conseguentemente ciò può generare aumenti significativi della spesa in quanto viene esclusa la concorrenza.	ALTO	Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario)	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno						
		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	Livello di interesse esterno	n.d.	BASSO	Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento	Rischio trattato	A) Trasparenza D) Conflitto di interessi I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato è passibile di generare dei contenzioni con le ditte partecipanti ad una procedura di gara in quanto il principale requisito di un componente la commissione è la "competenza" nella specifica materia di cui trattasi. Per tali ragioni il rischio di ricorsi e/o contestazioni può rallentare i tempi delle procedure e generare aumenti di spese.				

GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO: non ci sono stati rilievi

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE

FASE 2: PROGETTAZIONE

L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvisionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.

ATTIVITA' FASE 2	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
6	predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	Livello di interesse esterno	IL rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti requisiti di accesso sovradimensionati rispetto alla gara che si intende svolgere. Come ad es. un fatturato esagerato rispetto a quello previsto per l'affidamento di cui trattasi o referenze quantitativamente eccessive in relazione alle prestazioni dedotte in contratto.	ALTO	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
	prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;	Livello di interesse esterno	IL rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti nel bando requisiti di accesso sovradimensionati rispetto alla gara che si intende svolgere. Lo stesso dicasi relativamente al contenuto della legge di gara che contenga clausole che solo una o comunque poche ditte possono accettare.	ALTO	Utilizzo di modelli e clausole standard conformi alle prescrizioni normative e consultazioni preliminari mercato per specifiche tecniche per gare sopra soglia europea	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
								grado di discrezionalità del decisore interno
	Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	Livello di interesse esterno	Il conflitto di interesse	ALTO	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
								grado di discrezionalità del decisore interno
7	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	Livello di interesse esterno	IL rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti ad hoc criteri di valutazione che possano premiare una o poche ditte. In tal caso la gara è pesantemente viziata in quanto è possibile fondare una attendibile previsione si chi vincerà il confronto competitivo.	ALTO	Eventuale esecuzione di indagini/consultazioni di mercato a cura di gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura/valutazione delle caratteristiche tecniche. Fornire più informazioni possibili sullo stato del contratto scaduto che si intende rinnovare, al fine di mettere in condizioni di parità, sotto l'aspetto informativo, il fornitore uscente e tutti gli altri potenziali concorrenti.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
	la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	ALTO	Formulazione dei criteri di aggiudicazione in coerenza con le previsioni del Bando tipo ANAC. Adozione di griglie di valutazione	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
								grado di discrezionalità del decisore interno

GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO: non ci sono stati rilievi

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI LAVORI

FASE 1: PROGETTAZIONE

L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.

ATTIVITA' FASE 1	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
1	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	<p>Il rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora i requisiti di partecipazione siano, immotivatamente, troppo selettivi e non permettano una platea più ampia di fornitori. Ugualmente può dirsi qualora l'avviso sia pubblicato per un periodo inferiore a 15 giorni adducendo motivi di urgenza non giustificati</p>	MEDIO	<p>Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>I) Formazione</p>
2	individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad es. concessione in luogo di appalto)	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	<p>Il rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora si ricorra a procedure negoziate, magari ripetute nel corso del tempo (artificioso frazionamento), anziché procedere ad una gara europea che possa favorire (per la pubblicità che a questa viene generalmente garantita), una maggior platea di ditte interessate.</p>	MEDIO	<p>Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, sia in ordine alla scelta della procedura sia in ordine alla scelta dei criteri di affidamento adottati ovvero alla tipologia contrattuale</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
3	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	Per i contratti di servizio: predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	<p>Il rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposte clausole contrattuali vessatorie, tali da scoraggiare le imprese a partecipare alla gara a tali condizioni.</p>	MEDIO	<p>Utilizzazione di modelli (predisposti dalla Stazione Appaltante ed ANAC) conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto)</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
4	determinazione dell'importo del contratto	Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	<p>Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
		Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	<p>Per determinare la base d'asta si deve tener conto dei valori di riferimento OPRVE o ANAC o dei prezzi risultanti all'esito di indagine di mercato oltre che di quelli attuali</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
5	scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare ricorso alla procedura negoziata	Ricorso a procedure negoziate senza rotazione degli invitati e affidamenti diretti per favorire un operatore	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>	<p>Il rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora si ricorra a procedure negoziate, magari ripetute nel corso del tempo (artificioso frazionamento), anziché procedere ad una gara europea che possa favorire (per la pubblicità che a questa viene generalmente garantita), una maggior platea di ditte interessate.</p>	MEDIO	<p>applicazione di quanto previsto dalle LINEE GUIDA ANAC n° 4 Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici</p>	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>

PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI LAVORI								
FASE 1: PROGETTAZIONE								
L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.								
ATTIVITA' FASE 1	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
6	predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	Livello di interesse esterno	IL rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti requisiti di accesso sovradimensionati rispetto alla gara che si intende svolgere. Come ad es. un fatturato esagerato rispetto a quello previsto per l'affidamento di cui trattasi o referenze quantitativamente eccessive in relazione alle prestazioni dedotte in contratto.	MEDIO	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
	prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;	Livello di interesse esterno	Il rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti nel bando requisiti di accesso sovradimensionati rispetto alla gara che si intende svolgere. Lo stesso dicasi relativamente al contenuto della legge di gara che contenga clausole che solo una o comunque poche ditte possono accettare.	MEDIO	Utilizzo di modelli e clausole standard conformi alle prescrizioni normative e consultazioni preliminari mercato per specifiche tecniche per gare sopra soglia europea	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
		grado di discrezionalità del decisore interno						
	Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	Livello di interesse esterno	Il conflitto di interesse	MEDIO	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
		grado di discrezionalità del decisore interno						
7	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	Livello di interesse esterno	IL rischio indicato può favorire una sola o poche imprese qualora vengano predisposti ad hoc criteri di valutazione che possano premiare una o poche ditte. In tal caso la gara è pesantemente viziata in quanto è possibile fondare una attendibile previsione si chi vincerà il confronto competitivo.	MEDIO	Eventuale esecuzione di indagini/consultazioni di mercato a cura di gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura/valutazione delle caratteristiche tecniche. Fornire più informazioni possibili sullo stato del contratto scaduto che si intende rinnovare, al fine di mettere in condizioni di parità, sotto l'aspetto informativo, il fornitore uscente e tutti gli altri potenziali concorrenti.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
	la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	Formulazione dei criteri di aggiudicazione in coerenza con le previsioni del Bando tipo ANAC. Adozione di griglie di valutazione	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione	
		grado di discrezionalità del decisore interno						

GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO: non ci sono stati rilievi

AREA ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE							
PROCESSI	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO	
Acquisizione del personale	Procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo indeterminato (dirigenza) e a tempo determinato (comparto e dirigenza)	Irregolare composizione delle commissioni di concorso	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	MEDIO	Oltre all'applicazione della normativa vigente in materia di trasparenza e pubblicità delle operazioni di sorteggio per la composizione delle commissioni concorsuali (mediante pubblicazione sul BUR) si prevede di estendere la pubblicità di data, luogo e ora del sorteggio per la nomina della commissione di tutte le procedure concorsuali nel sito web aziendale. I concorsi a tempo indeterminato per il personale del comparto vengono svolti in modo centralizzato.	BASSO
		Imparzialità nella scelta dei candidati	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	BASSO	Dichiarazione componenti commissione di concorso di insussistenza conflitto di interessi; Verifica autocertificazioni candidati Rispetto norme nazionali vigenti; Controlli su almeno il 2% delle dichiarazioni rese con istituzione registro verifica; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
		Irregolare composizione delle commissioni di concorso	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	MEDIO	Applicazione della normativa vigente in materia di trasparenza e pubblicità delle operazioni di sorteggio per la composizione delle commissioni concorsuali (mediante pubblicazione sul BUR) si prevede di estendere la pubblicità di data, luogo e ora del sorteggio per la nomina della commissione di tutte le procedure concorsuali nel sito web aziendale.	BASSO
	Procedure selettive per l'assunzione di personale libero professionista	Imparzialità nella scelta dei candidati	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	BASSO	Dichiarazione componenti commissione di concorso di insussistenza conflitto di interessi; Verifica autocertificazioni candidati Rispetto norme nazionali vigenti; Controlli su almeno il 2% delle dichiarazioni rese con istituzione registro verifica; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente Dichiarazioni su PERLA	BASSO
Gestione trattamento giuridico	Attività extraistituzionale	Irregolare autorizzazione allo svolgimento dell'incarico	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Richiesta autorizzazione con chiara indicazione di ogni aspetto dell'incarico: soggetto erogatore, eventuale compenso, durata Regole delle attività extraistituzionali; Modulo di richiesta; Controllo del tetto massimale annuo delle attività autorizzabili sulla base del regolamento; Dichiarazioni su PERLA	BASSO

AREA ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE							
PROCESSI	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO	
Gestione trattamento economico	Procedura stipendiale	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
	Erogazione incentivi	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
	Liquidazione libera professione	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
	Trattamento missioni	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
Gestione presenze assenze	Gestione giornaliera e mensile presenze	Attribuzione <u>indiretta</u> di benefici economici non spettanti tramite modifiche alle timbrature	grado di discrezionalità del decisore interno	Irregolare inserimento dei giustificativi per favorire/danneggiare i dipendenti	ALTO	Controllo periodico delle timbrature con previsione di comunicazione ai dipendenti interessati delle eventuali irregolarità rilevate ed ai loro responsabili; Gestione gerarchica dei cartellini presenza; Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	

AREA AFFARI GENERALI E LEGALI						
PROCESSI		DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO
Sperimentazioni	fase iniziale istruttoria	Dare priorità nello svolgimento di una pratica in modo soggettivo favorendo una specifica casa farmaceutica	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	MEDIO	è presente in istituto un regolamento approvato con delibere n. 143 del 13/06/2005, n. 128 del 31/10/2007 e n. 68 del 10/05/2012 utile a normare le attività in ambito sperimentazioni	BASSO
	fase di negoziazione del contratto	Consentire maggiore libertà nella redazione del contratto	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	MEDIO	1) è presente in istituto un regolamento approvato con delibere n. 143 del 13/06/2005, n. 128 del 31/10/2007 e n. 68 del 10/05/2012 utile a normare le attività in ambito sperimentazioni; 2) linee guida AIFA	BASSO
	fase di determinazione della copertura dei costi	Valutazione non congrua dei costi da sostenere	grado di discrezionalità del decisore interno	BASSO	1) è presente in istituto un regolamento approvato con delibere n. 143 del 13/06/2005, n. 128 del 31/10/2007 e n. 68 del 10/05/2012 utile a normare le attività in ambito sperimentazioni; 2) Diversi uffici collaborano per tale determinazione	BASSO
Gestione sinistri di malpractice sanitaria		Valutazione non congrua degli atti istruttori relativi ai sinistri e conseguente liquidazione degli importi risarcitori non dovuti in relazione all'attività istruttoria svolta	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	MEDIO	La procedura di gara per affidamento di gestione dei sinistri è centralizzata in ARCS: ciò comporta un rischio quasi pari a zero di una valutazione non congrua in quanto non viene effettuata in Istituto	BASSO
Convenzioni passive		Stipula di convenzioni con soggetti pubblici/privati per finalità non riconducibili all'interesse pubblico.	grado di discrezionalità del decisore interno	BASSO	La procedura per l'attivazione delle convenzioni prevede che chi ne richiede l'attivazione non possa essere chi poi stipula la convenzione. Più uffici concorrono alla stipula	BASSO
Convenzioni attive		Utilizzo della convenzione aziendale per finalità individuali	grado di discrezionalità del decisore interno	BASSO	La procedura per l'attivazione delle convenzioni prevede che chi ne richiede l'attivazione non possa essere chi poi stipula la convenzione. Più uffici concorrono alla stipula	BASSO

Gestione ciclo attivo						
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
FLUSSI ATTIVI BANCA	1.Importazione giornaliera flussi incassi banca	1.Corretta individuazione beneficiario	1.Quadrature scritture contabili e contabilità di banca	Con frequenza giornaliera in sede di ricevimento giornaliero del giornale di banca	BASSO	nr. 3 GEF
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti	Almeno mensilmente in sede di rilevazione flussi di cassa per la Direzione Regionale Salute		
				In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		
	2.Verifica tipologia incassi:					
	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile	BASSO	nr. 3 GEF - altri servizi
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	1.Errata individuazione natura ricavo	1.Confronto con Servizi interessati	Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"		
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Gestione del Credito			
			3.Suddivisione dei compiti	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
	3.Rilevazione incassi da CUP aziendali	1.Controllo servizio esternalizzato e casse gestite da personale interno	1.Proceduralizzazione eventi 2.Monitoraggio versamenti 3.Suddivisione dei compiti	1.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	BASSO	nr. 3 GEF - altri servizi
		2.Rispetto tempistica di regolarità riversamenti	4.Corrispondenza con ricavi rilevati dal Gestionale CUP Web	2.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	BASSO	
		3.Corretta implementazione contabilità	5.Quadratura con prospetti di rendiconto responsabili dei CUP aziendali	3.In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		

Allegato 4 PTPCT 2024 2026: mappatura Gestione Economico Finanziaria

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
INCASSI C/CORRENTE POSTALE	1.Estrazione settimanale degli incassi dal CCP	1.Mancata o non corretta rilevazione del dato da parte di Poste Italiane	1.Quadrature prospetto giornaliero e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	BASSO	nr. 3 GEF
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.Verifica tipologia incassi:					
	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	1.Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta	BASSO	nr. 3 GEF
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	2.Errata individuazione natura ricavo	2.Confronto con Servizi interessati	2.Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"	BASSO	nr. 3 GEF - altri servizi
		3.Corretta implementazione contabilità	3.Gestione del Credito	3.Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta		
			4.Suddivisione dei compiti			
	3. Rilevazione mensile degli incassi del CCP	3.Corretta implementazione contabilità	1.Quadrature scritture contabili e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	BASSO	nr. 3 GEF
FATTURE ATTIVE	1.Fatturazione costanti ripetute periodiche	1.Corretta tenuta banca dati clienti	1.Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	BASSO	nr.2 GEF - altri servizi
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.Fatturazione su richiesta Servizi	1.Corretta tenuta banca dati clienti	1.Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	BASSO	nr.2 GEF - altri servizi
		2.Corretta individuazione tariffe prestazioni	2.Confronto con cliente			
		3.Corretta individuazione trattamento fiscale	3.Gestione del credito			
		4.Corretta tempistica/competenza	4.Suddivisione dei compiti			
		5.Corretta implementazione contabilità				

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
GESTIONE DEL CREDITO	Gestione crediti insoluti	1. Corretta tenuta banca dati clienti	1. Circolarizzazione dati registrati	Secondo le scadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti	BASSO	nr. 2 GEF - altri servizi
		2. Corretta gestione dati di ritorno da clienti interni ed esterni	2. Suddivisione dei compiti			
		3. Corretta implementazione contabilità				

Gestione ciclo passivo						
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
BANCA DATI FORNITORI	Gestione banche dati ditte:	1. Monitoraggio variazioni	1. Verifica e scambio dati con altri servizi aziendali	Frequenza giornaliera	MEDIO	nr. 6 GEF
	1. ragione sociale	2. Gestione certificazioni	2. Circolarizzazione dati con ditte esterne			
	2. tracciabilità	3. gestione debito e cessioni	3. verifiche IBAN con sistema bancario			
	3. partitari	4. Gestione flussi tracciabilità bancaria	4. suddivisione dei compiti			
REGISTRAZIONE FATTURE PASSIVE	1. Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1. Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1. Monitoraggio massivo volumi fatturato/scadenze	Frequenza giornaliera	BASSO	nr. 4 GEF-Altri servizi
		2. Corretto trattamento fiscale	2. Monitoraggio ricevimento fatture per tipologie di addebito			
		3. Corretto trattamento contabile	3. Incrocio con banca dati Ascot Economato			
		4. Circolarizzazione fattura verso servizio aziendale competente	4. Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le scadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
			5.Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento	BASSO	nr. 4 GEF-Altri servizi
			6. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento			
			7.Suddivisione di compiti			
REGISTRAZIONE ALTRI DOCUMENTI PASSIVI	1.Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1.Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1.Monitoraggio ricevimento documentazione per tipologie di addebito	Frequenza giornaliera	BASSO	nr. 4 GEF-Altri servizi
		2.Corretto trattamento fiscale	2.Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le scadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
		3.Corretto trattamento contabile	3.Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento		
		4.Circularizzazione documento verso servizio aziendale competente	4. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento			
			5.Suddivisione di compiti			
GESTIONE DEBITO	Circularizzazione debito	1.Verifica corretto trattamento incassi da parte fornitore	1.Solleciti servizi interni	Quindicinale	MEDIO (per importi residuali)	nr. 4 GEF
		2.Verifica E/C fornitori	2.Riscontro solleciti dei fornitori			
		3.Verifica importi in scadenza	3.Monitoraggio scadenziario			
		4.Monitoraggio partitari	4.Suddivisione compiti			

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
GESTIONE PAGAMENTI	Pagamento fornitori	1.Verifica scadenze e riscontro	1.individuazione documenti in scadenza e verifica riscontro eseguito e registrazione riscontro in contabilità	Frequenza giornaliera	ALTO	nr. 4 GEF
		2.Verifica effettiva pagabilità del documento	2.Verifica DURC e non inadempienza			
		3.Emissione ordinativo di pagamento	3.Verifica importo da erogare al fornitore.			
		4.Verifica ordinativi emessi	4.Emissione distinta di versamento			
		5. Trasmissione al Tesoriere degli ordinativi	5. Riscontro sulla procedura dell'ordinativo informatico dell'avvenuta ricezione			
		6. Firma ordinativi	6 Controllo del buon fine del pagamento			
REGISTRAZIONE EMOLUMENTI STIPENDIALI E RIVERSAMENTO ONERI RIFLESSI	1.Ricevimento flussi dati da servizi aziendali	1.Corretta implementazione banche dati diverse, corretto rispetto dei termini di pagamento	1.Monitoraggio massivo flussi cassa, incrocio flussi stipendiali con flussi contabili	Frequenza mensile con periodicità diversa	ALTO	nr. 5 GEF
		2.Gestione flusso verso Tesoriere	2.Corretta contabilizzazione			
			3.Gestione scadenziario di emolumenti e oneri riflessi			
			4.Monitoraggio scadenziario			
			5.Monitoraggio buon esito flussi diversi			

Controllo Cassa Economale						
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
CONTROLLO TIPOLOGIE DI SPESE	Verifica rispondenza spese sostenute da parte dei cassieri economici al regolamento aziendale	1. Verifica congruenza tipologie spesa	1.Monitoraggio flussi di spesa	Almeno trimestralmente e secondo necessità	BASSO	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretto trattamento fiscale	2.Controllo documentazione fiscale			
		3.Verifica corretto trattamento contabile	3.Quadratura giornale di cassa - contabilità			
		4.Verifica tempestività registrazioni	4.Controllo corrispondenza tenuta casse a linee guida regolamento			
			5.Circularizzazione con fornitori			
			6.Suddivisione compiti			
REINTEGRO DOTAZIONI ECONOMICI	Disposizione bonifici per reintegro dotazione economica	1.Ricostituzione dotazioni economici del valore delle spese rendicontate e riconosciute	1.Quadratura scritture di banca, di cassa e contabili	Secondo necessità	BASSO	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretta tenuta contabilità di cassa e di banca	2. Verifica corretta contabilizzazione flussi di entrata			
			3.Quadrature tra giacenze fisiche e contabili	Almeno trimestralmente e secondo necessità		
			4.Suddivisione dei compiti			

PROCESSO: ACQUISIZIONE FORMATORI ESTERNI (LIBERI PROFESSIONISTI O AGENZIE)

	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	PONDERAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
1.	Analisi Fabbisogno Annuale di Formazione al CRO	Definizione di un fabbisogno rispondente ad esigenze non veritiere o dirette a privilegiare un certo tipo di corso e quindi docente/servizio a scapito di altri	Grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire l'affidamento della docenza a un docente esterno/servizio unico anziché promuovere un confronto competitivo tra più docenti/servizi.	BASSO	Condivisione dei fabbisogni con le Direzioni e il Comitato Scientifico del Provider per l'approvazione dell'analisi dei Fabbisogni.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Regolamento Comitato Scientifico del Provider
2.	Individuazione del Responsabile Scientifico del percorso formativo interno CRO	Individuazione di un Responsabile Scientifico che proponga formatori/servizi non congrui	Grado di discrezionalità del decisore interno	Individuazione del RS del percorso formativo in relazione alla competenza rispetto all'argomento dell'attività formativa e alla presentazione del suo CV.	BASSO	Individuazione del RS del percorso formativo in relazione alla competenza rispetto all'argomento dell'attività formativa e alla presentazione del suo CV.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Regolamento Comitato Scientifico del Provider
3.	Effettuazioni di consultazioni preliminari (Responsabile Scientifico/CAF) per la definizione delle competenze necessarie	Attribuzione impropria delle competenze necessarie oppure assegnazione dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato.	Grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire una sola o poche docenti/servizi qualora i requisiti di partecipazione siano, immotivatamente, troppo selettivi e non permettano una platea più ampia di fornitori.	BASSO	Definizione, anche in accordo con il Responsabile scientifico del Corso, delle competenze richieste per lo svolgimento dell'incarico così da individuare i formatori più competenti. Richiesta di preventivi a più società di Servizi nel caso di affidamento a Società.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
4.	Determinazione dell'importo dell'incarico	Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato dell'incarico/affidamento servizio.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Utilizzo di tabelle definite a livello regionale per l'importo orario per singolo docente. Per l'acquisizione di Servizi vale il criterio della "Offerta economicamente più vantaggiosa"	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
5.	Gestione ricezione offerte per servizi	Pressioni per la scelta di un servizio al di là della valutazione qualità/prezzo offerta.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Conservazione agli atti dei documenti relativi alle offerte delle Agenzie per Servizi.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

AREA Direzione Sanitaria /Direzione Medica							
PROCESSI		DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO:	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO
Direzione Medica	Esecuzione contrattuale: verifiche conseguenti alla fase di esecuzione contrattuale	Rilascio della Certificazione di Regolare Esecuzione (CRE) della prestazione senza verifica preliminare dello svolgimento del Servizio appaltato	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Individuazione di una figura, adeguatamente formata, in qualità di "Referente dell'Appalto" a supporto del DEC per le attività di monitoraggio periodico e verifica delle eventuali non conformità.	BASSO
Direzione Medica	Autorizzazioni ingresso in Sala Operatoria	Rilascio della autorizzazione all'ingresso presso il Blocco Operatorio a Personale (Specialist di prodotto) e/o di prodotti di nuova introduzione o di cui si chiede la valutazione da parte del clinico	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Definizione/Aggiornamento della Procedura finalizzata a definire il percorso per l'accesso in Sala Operatoria di Specialist e/o di presidi	BASSO
Direzione Medica	Svolgimento dell'attività in libera professione	Mancato svolgimento del controllo (per ciascuna Struttura) in merito ai volumi di attività, finalizzato a garantire un corretto rapporto tra i volumi prestazionali in libera professione ed i volumi prestazionali in istituzionale.	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Monitoraggio periodico del rapporto Volume Attività LP/Volume Attività Istituzionale ed adozione di eventuali provvedimenti di sospensione, secondo quanto previsto dal regolamento Aziendale vigente.	BASSO
Direzione Medica	Attività connesse al Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR 285/90 e LR n. 12/2011 e smi)	Mancato svolgimento della registrazione e controllo per ciascun evento	grado di discrezionalità	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Compilazione del registro aziendale con i dati del paziente e della ditta di On. F. incaricata.	BASSO
Direzione Medica	Rilascio copia cartella clinica e documentazione sanitaria	Mancato svolgimento della registrazione e controllo per ogni richiesta di documentazione clinica	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire/sfavorire interessi individuali	BASSO	Monitoraggio dei tempi di rilascio della documentazione, secondo il percorso definito dalla procedura aziendale vigente in materia	BASSO

AREA DIREZIONE SCIENTIFICA - UFFICIO GRANT							
PROCESSI		DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO
Acquisizione del personale	Procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo determinato (Comparto ricerca) e per la selezione di ricercatori per la realizzazione di progetti di ricerca finalizzata e corrente (borse di studio/Libere Professioni).	Priorizzazione delle pratiche da avviare (le richieste di arruolamento del personale del Comparto Ricerca e/o di Borsisti e/o Libere Professioni vengono controllate dal personale della Direzione Scientifica, avviate dal Direttore Scientifico e trasmesse agli Uffici Amministrativi per il seguito di competenza).	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante. Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	BASSO	Le richieste sono firmate da più soggetti (Responsabile del Progetto, Direttore di SOC/SOSD o Dipartimento); Le verifiche sulle richieste riguardano sia l'aspetto amministrativo/contabile (capienza del fondo, durata del progetto, disponibilità di postazioni presso la Struttura di destinazione) che l'aspetto scientifico (verifica del progetto e delle attività previste dallo stesso); Le richieste sono protocollate e disponibili in GIFRA.	BASSO
		Irregolare composizione delle commissioni di concorso	grado di discrezionalità del decisore interno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche partecipante. Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	MEDIO	Per le BORSE DI STUDIO/Libere professioni: la composizione della commissione concorsuale avviene già nella prima richiesta formulata dal Ricercatore Responsabile. La composizione della commissione è poi riportata nell'avviso pubblicato ai sensi del Regolamento in vigore. Per il COMPARTO RICERCA: la commissione è proposta da diversi soggetti (Direzione Strategica; Direzione Scientifica) e nominata mediante adozione di atto deliberativo. La Commissione è riportata anche nell'avviso pubblico. Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
Gestione Comparto Ricerca: attribuzione fasce e/o premialità annuale	Attribuzione fasce economiche	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi fornisce i requisiti, chi verifica i requisiti e chi controlla; Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
	Verifica requisiti per attribuzione premialità annuale.	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi fornisce i requisiti, chi verifica i requisiti e chi controlla; Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
Gestione missioni ricerca finalizzata e corrente	Trattamento missioni	Attribuzione impropria di benefici economici	grado di discrezionalità del decisore interno	esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti	ALTO	Differenziazione dei controlli tra chi carica benefici e chi verifica; Rispetto CCNL; Rispetto normativa nazionale; Rispetto codici di comportamento; Pubblicazione dati Amministrazione Trasparente	BASSO
Acquisizione di beni, strumenti e servizi	Emissione ordini per realizzazione progetti di ricerca finalizzata e corrente	Dare priorità nello svolgimento di una pratica in modo soggettivo favorendo uno specifico fornitore	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	Il rischio indicato può favorire interessi di qualche fornitore. Inoltre può essere compromessa anche l'immagine dell'Istituto	MEDIO	Richiesta di fornitura con chiara indicazione di ogni aspetto della stessa: bene, quantità, progetto, (CUP), fungibilità o infungibilità del bene/servizio/fornitura; Regolemento nazionale sugli appalti; Verifica di eventuali specifiche/limitazioni/budget nel progetto/fondo; Modulo di richiesta; Controllo delle disponibilità sul fondo/progetto e della eventuale scadenza del fondo/progetto.	BASSO

AREA DIREZIONE SCIENTIFICA - UFFICIO GRANT							
PROCESSI	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DATI E INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESPRIMERE UN GIUDIZIO MOTIVATO	LIVELLO DI RISCHIO: ALTO/MEDIO/BASSO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO DOPO IL TRATTAMENTO	
Procedure Trasferimento Tecnologico	Attivazione forniture di servizi brevettuali	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	Il rischio indicato può favorire l'interesse di qualche ditta	Il rischio indicato può favorire l'interesse di qualche ditta	MEDIO	1) L'istruttoria condotta dall'Ufficio di Trasferimento Tecnologico (UTT) prevede richiesta di 3 preventivi da altrettanti studi mandatarie pre-identificati in base a specifiche competenze nel settore/classe di brevettazione dell'invenzione CRO; 2) l'UTT promuove inoltre azioni finalizzate a favorire trasparenza e rotazione, nello specifico ad esempio un censimento dei fornitori esterni per servizi collegati a brevetto (note e deliberazione agli atti)	BASSO
	Identificazione imprese/enti potenziali licenziatari e/o co-sviluppatori	identificazione di partner per l'IRCCS scarsamente oggettivabile con possibile detrimento della realizzabilità tecnica ed economica dell'invenzione	grado di discrezionalità del decisore interno; possibili influenze dall'esterno	Il rischio indicato può favorire l'interesse di qualche ditta e pregiudicare il potenziale di innovazione dell'Istituto	MEDIO	1) L'istruttoria condotta dall'UTT si basa su approfondite verifiche, inclusa analisi di mercato specifica per singolo risultato di ricerca CRO, finalizzate a sondare la fattibilità d'industrializzazione e/o il potenziale commerciale dell'invenzione; 2) Se l'UTT ha evidenza di opportunità concrete di interazione con partner industriali per licenza e/o co-sviluppo di invenzione CRO, predispone richiesta dal Direttore Scientifico alla S.O.C. Approvvigionamenti, Economato e Logistica avente ad oggetto una Richiesta attivazione procedura per l'individuazione di potenziali Partner, 3) l'UTT predisporrà un Regolamento per istituire l'Albo CRO, da cui l'IRCCS attinga dal prossimo futuro i partner industriali, in applicazione D.Lvo 200/2022).	BASSO



CLAUSOLA PANTOUFLAGE

Il / La sottoscritto/a.....

in relazione all'incarico di

per il quale è prevista la cessazione in data

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

al fine dell'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – **pantouflage o revolving doors**) avendo esercitato poteri autoritativi e/o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2:

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, non può svolgere attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Luogo e data

Il Dichiarante

Firmato digitalmente

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: LORENA BASSO
CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q
DATA FIRMA: 22/03/2024 11:11:12
IMPRONTA: 1783D74577B3288F24B0E75736C5CBC705173F02810DA3217A823267827790C7
05173F02810DA3217A823267827790C748D3E57E71189105F1036927ADD5E783
48D3E57E71189105F1036927ADD5E783B69DE2674B35D5AD081364E5F46FD63E
B69DE2674B35D5AD081364E5F46FD63E62095BCCA837BD5D0BBDA0876730DE6

NOME: SILVIA FRANCESCHI
CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D
DATA FIRMA: 22/03/2024 11:37:09
IMPRONTA: 98D8B5728655FAC129A85136A9741B909C092A26D0EFFBC2AE2444DEC11B60A8
9C092A26D0EFFBC2AE2444DEC11B60A8C05C45DCDE6366E216A04D890DFA3A41
C05C45DCDE6366E216A04D890DFA3A41AFC84BD30766B36062862F4730E20E2F
AFC84BD30766B36062862F4730E20E2FAD5E7718A980FA9BA75B642E2B91FFB2

NOME: CRISTINA ANDRETTA
CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L
DATA FIRMA: 22/03/2024 12:32:38
IMPRONTA: 5089935F393F91DD4FC9602B51D2CA9B9A6885CBB0FF97FF582635981185BF01
9A6885CBB0FF97FF582635981185BF0186D8F91505C7CE1201D9A12B21F1E6AF
86D8F91505C7CE1201D9A12B21F1E6AFFB14504E45938A8A77AA80A7AC72D82B
FB14504E45938A8A77AA80A7AC72D82B2BCFD9E8EEECB108E217C5E5819E937D

NOME: CRISTINA ZAVAGNO
CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X
DATA FIRMA: 22/03/2024 12:42:47
IMPRONTA: 82F36C36DC31166C9A2C6FD377C007DE5155A8A1D33729B7D7BA0F15CA940E1C
5155A8A1D33729B7D7BA0F15CA940E1C8362EC50ECB300D65C8475FD5495CD6E
8362EC50ECB300D65C8475FD5495CD6EF8193E63219F3B5EC2E62DBA087D3CBA
F8193E63219F3B5EC2E62DBA087D3CBA9FA48501E33B7384686B9ACC79E6376B

NOME: NELSO TRUA
CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L
DATA FIRMA: 22/03/2024 12:52:24
IMPRONTA: 1A927B787702A67E0C4B708B806B16B514C1D02007690355F77AE045E1B32B23
14C1D02007690355F77AE045E1B32B23ED0DE6B14C517F163F011F1C5344D19B
ED0DE6B14C517F163F011F1C5344D19BD2E53D8726E997AF65EE359DF395401F
D2E53D8726E997AF65EE359DF395401FFACC2AA383393CDE950C296E6794D0BD

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"
CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X
DATA FIRMA: 22/03/2024 13:01:33
IMPRONTA: 911FC99493B7AFCD7C887E8DD381F428E9458ABF2160C1524D332A60C978C49
8E9458ABF2160C1524D332A60C978C492B0695E0463D3909A68A03C6E6C51619
2B0695E0463D3909A68A03C6E6C51619CDD54583F9677858ABC3459239CFB59D
CDD54583F9677858ABC3459239CFB59D50AD0431A1869216D82AADA997E53E9