



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

CRO di Aviano - Istituto Nazionale Tumori

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

## 2025 – 2027

cento artisti "insieme"  
Immagini del Friuli  
Associazione PANORAMA Pordenone



# Sommario

<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
INTRODUZIONE	3
<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA</b>	<b>3</b>
L'ISTITUTO	3
UN ANNO AL CRO	5
<b>SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>6</b>
2.1 VALORE PUBBLICO	6
2.2 PERFORMANCE	9
2.2.1 <i>OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE</i>	10
2.2.2 <i>ACCESSIBILITÀ FISICA E DIGITALE</i>	18
2.2.3 <i>SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE</i>	18
2.2.4 <i>PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE</i>	19
2.2.4.1 <i>Gender Equality Plan (GEP)</i>	19
2.2.4.2 <i>Comitato Unico di Garanzia (CUG)</i>	25
2.2.4.3 <i>Organismo paritetico per l'innovazione</i>	25
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	25
<b>SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>26</b>
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	26
3.1.1 <i>STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E CONSISTENZA DEL PERSONALE</i>	29
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	32
3.2.1 <i>NORMATIVA DI RIFERIMENTO E MISURE ORGANIZZATIVE</i>	32
3.2.2 <i>AMBITO DI APPLICAZIONE</i>	33
3.2.3 <i>ATTIVITÀ CHE POSSONO ESSERE SVOLTE IN MODALITÀ AGILE</i>	33
3.2.4 <i>CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL LAVORO AGILE</i>	33
3.2.5 <i>MODALITÀ DI ACCESSO AL LAVORO AGILE</i>	34
3.2.6 <i>MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO AGILE</i>	35
3.2.7 <i>MONITORAGGIO IMPATTO LAVORO AGILE E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE</i>	35
3.2.8 <i>DISPOSIZIONI FINALI</i>	36
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	36
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	37
<b>SEZIONE 4. MONITORAGGIO</b>	<b>38</b>
4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO	38
4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE	38
4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	38
4.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	38

## PREMESSA

### INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, 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.

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).

### SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA

#### L'ISTITUTO

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 (ultimo Decreto Ministero della Salute 20/06/2024 di conferma riconoscimento).

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.

Dal 2023, inoltre, il CRO si conferma **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 OECI (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. È 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.

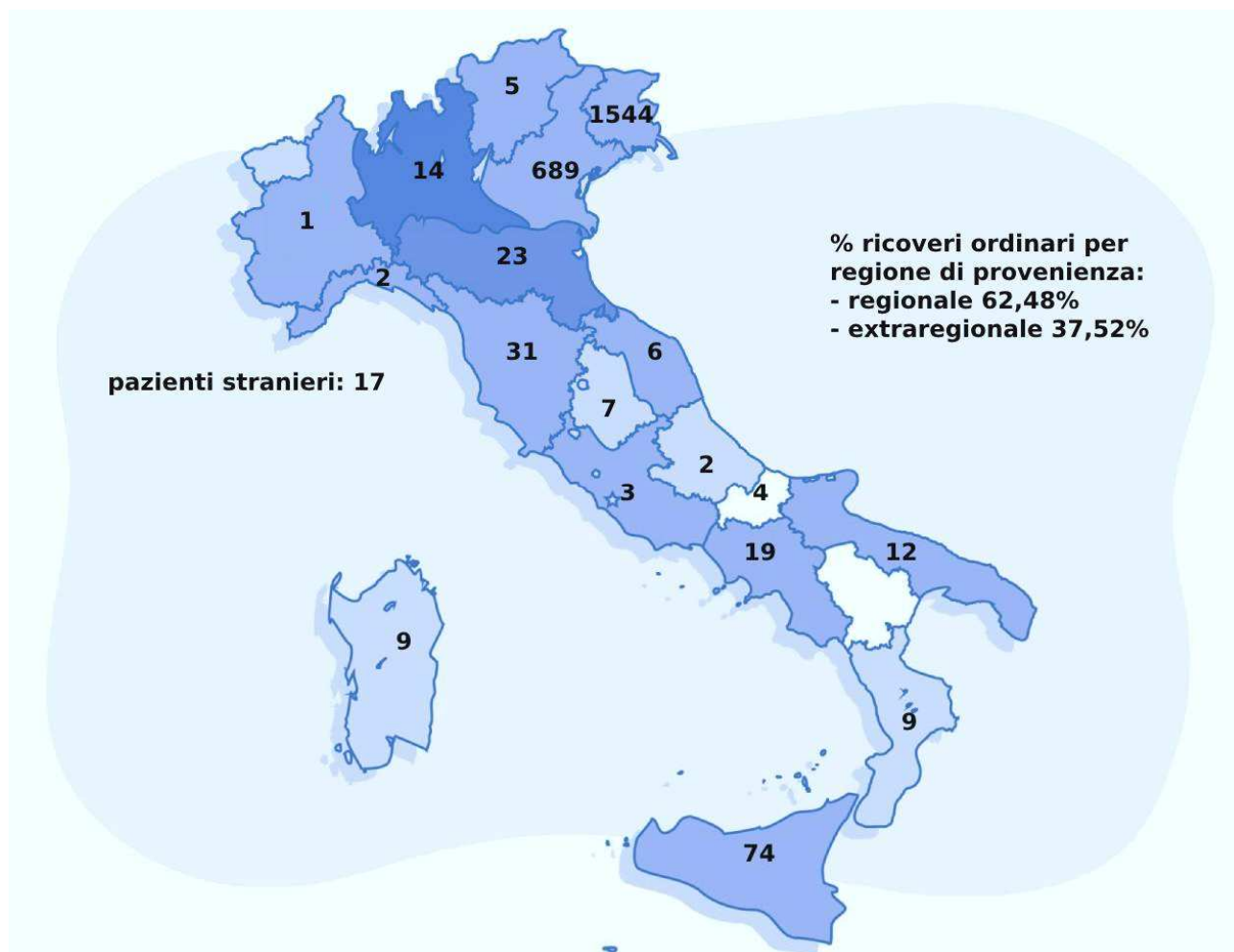
<b>ENTE</b>	<b>IRCSS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)</b>
SEDE LEGALE	VIA FRANCO GALLINI N.2
SITO ISTITUZIONALE	<a href="https://www.cro.sanita.fvg.it/it/">https://www.cro.sanita.fvg.it/it/</a>
TELEFONO (UFFICIO PROTOCOLLO)	+39- 0434 659272
FAX	+39-0434652182
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)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

## UN ANNO AL CRO

In questo paragrafo vengono presentati alcuni dati relativi all'attività svolta presso l'Istituto nell'anno 2024.



In particolare, per l'attività di ricovero, con la mappa riportata di seguito, si vuole dare evidenza della distribuzione del numero di ricoveri ordinari per Regione di provenienza dei pazienti.



## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

La **Mission** dell'Istituto consiste nello sviluppo dell'eccellenza nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche attraverso la presa in carico multidisciplinare e integrata del paziente, la ricerca clinica, preclinica e traslazionale, l'alta formazione, gli interventi di empowerment dei pazienti.

Il CRO persegue inoltre:

- Lo sviluppo tecnologico-professionale e relazionale dei suoi operatori attraverso il sostegno alla formazione continua e alla partecipazione ad attività di ricerca;
- Lo sviluppo di modalità sistematiche di confronto e coinvolgimento con i principali portatori di interesse istituzionali locali, regionali e nazionali, con il volontariato e la società civile;
- La trasparenza e la legalità dell'attività clinica, di ricerca e di quella amministrativa.

Gli operatori del CRO di Aviano lavorano per un comune traguardo: vincere il cancro.

Per raggiungere questo importante obiettivo il CRO sviluppa il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica regionale, nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e lo sviluppo di competenza multidisciplinare. È riconosciuta a tutti i livelli la capacità degli operatori sanitari del CRO di dare **centralità al paziente** come persona e soggetto sociale.

Il coinvolgimento dei pazienti, dei loro famigliari e delle numerose organizzazioni di volontariato presenti in regione nella pianificazione e organizzazione delle attività Istituzionali è un'attività sostanziale per l'Istituto. "Insieme" al posto di "per" è il motto del programma di "Patient Education and Empowerment" che è coordinato dalla Biblioteca Scientifica e per i Pazienti del CRO.

Lo scopo dell'Istituto è offrire ai pazienti un accesso coordinato alla diagnosi e alle cure più avanzate e far lavorare fianco a fianco il personale che si occupa dell'assistenza e quello che opera nella ricerca, sia di laboratorio che epidemiologica.

Sotto questo aspetto, nel corso del 2024, l'Istituto ha portato avanti una campagna d'indagine sulla soddisfazione dell'utente tramite la somministrazione di questionari raccolti dall'URP e dalla SOSD Psicologia Oncologica. Le domande riguardavano sia aspetti organizzativi (come arrivare ed orientarsi nell'Istituto, i tempi d'attesa), sia aspetti di carattere sociale e relazionale (attenzione sugli aspetti della qualità di vita, continuità dell'assistenza, servizio psicologico, ecc.). È stata, inoltre, data la possibilità al paziente di esprimere un proprio parere personale tramite le sezioni variabili dei suggerimenti a risposta libera.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione del paziente si basano sull'analisi dei dati forniti dalla raccolta dei questionari. Sono strumento di riesame della direzione e offrono suggerimenti per migliorare ulteriormente l'esperienza dei pazienti e rendere il CRO un centro di eccellenza sempre più attento alle esigenze individuali. Al sondaggio hanno partecipato un campione di pazienti con età compresa tra i 17 e 93 anni, la maggior parte provenienti dal Friuli Venezia Giulia (57,2%) e dal Veneto (32,4%) tra i quali la percentuale maggiore rappresentata dalle donne (67,5%). Dai dati rilevati si è potuto delineare un profilo di soddisfazione generale dei pazienti sia per l'assistenza ricevuta, sia per la qualità delle cure e la sensibilità del personale dell'Istituto. I suggerimenti di miglioramento ricevuti interessano le tematiche riguardanti la struttura, la possibilità di servizi aggiuntivi, liste d'attesa e comunicazione.

A supporto di quanto elencato in precedenza, come dimostrazione di fiducia e sostegno nei confronti dei professionisti operanti presso l'Istituto, il CRO rileva annualmente una quota di finanziamento dalle donazioni del 5 per mille di cui viene dato dettaglio nella tabella riportata di seguito denominata "Finanziamenti di Ricerca Finalizzata".

L'attività di ricerca multidisciplinare esalta l'interdipendenza e la competitività del CRO nella ricerca clinica, sperimentale ed epidemiologica. Sia la capacità di attrazione di fondi di ricerca che la produzione scientifica, con una media annuale di oltre 300 pubblicazioni, fanno del CRO una realtà d'eccellenza per quanto riguarda la ricerca soprattutto nei settori della genetica e la biologia dei tumori, l'epidemiologia e la prevenzione, le neoplasie emolinfopoietiche, i tumori solidi (soprattutto mammella, ovaio, polmone e testa/collo) e i tumori associati ad agenti infettivi.

Si riporta la tabella dei Finanziamenti di Ricerca Finalizzata dell'ultimo triennio.

<b>Fonte del finanziamento</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
5x1000 annuo	3.085.250,48	3.225.463,66	3.073.363,68
Sperimentazioni annuo	612.748,84	450.000,00	728.744,93
AIRC + altri privati	971.635,00	757.690,00	770.507,90
Ministero salute - ricerca finalizzata	6.571.420,53	5.234.689,58	7.023.974,43
Regione FVG	178.191,75	0,00	16.587,00
Altri soggetti pubblici (MUR, ISS)	1.365.157,73	269.315,00	398.267,69
Oblazioni	861.076,97	788.697,96	(*)950.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>13.645.481,30</b>	<b>10.725.856,20</b>	<b>12.961.445,63</b>

(\*)dato parziale

Il CRO svolge funzione di **HUB per le cure oncologiche** per l'area pordenonese, mentre, opera con mandato regionale per l'attività di ricerca pre-clinica e gli studi di Fase 1 oltre che per il coordinamento della rete per i tumori rari nonché a livello nazionale quale referente del FVG per la ricerca clinica e traslazionale in materia di prevenzione, diagnosi, cura e gestione del paziente oncologico.

I progetti di ricerca dell'Istituto sono per lo più "traslazionali", ovvero mirano a collegare rapidamente le scoperte con le ricadute sui pazienti oncologici o, nel caso di prevenzione e diagnosi precoce, sulla popolazione a rischio di tumore elevato per ragioni genetiche o di stile di vita.

L'Istituto ha lo sguardo sempre rivolto all'innovazione e dispone di piattaforme tecnologiche all'avanguardia per clinica e ricerca dove si lavora in modo multidisciplinare.

Il CRO attualmente effettua **analisi genetiche oncologiche** per un ampio territorio e trasferisce i risultati al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Ad esempio, è di riferimento regionale per la determinazione dei fattori genetici di predisposizione al cancro e compie queste analisi anche per conto di altre Aziende/Istituti del FVG. Inoltre, nel Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori (DRDT) si effettuano analisi predittive per alcuni tumori a livello anche extraregionale.

Infine l'Istituto è parte attiva nella stesura del piano oncologico regionale che definirà, tra l'altro, l'organizzazione della diagnostica molecolare oncologica. L'obiettivo è l'incremento dell'offerta di cura per i

pazienti affetti da tumore attraverso l'applicazione e il coordinamento di un ciclo virtuoso che dalla ricerca di base, la diagnostica avanzata personalizzata, il trasferimento tecnologico, possa permettere lo sviluppo di metodi e prodotti terapeutici efficaci.

Come previsto dall'Atto Aziendale (attività strumentali con altri soggetti), una delle attività strumentali dell'Istituto consiste nel promuovere il **trasferimento dei risultati di ricerca** per la loro valorizzazione socioeconomica.

I programmi di ricerca perseguono un'alta qualità scientifica ed efficacia, con particolari eccellenze in alcune aree quali la ricerca traslazionale, la medicina di precisione, la radioterapia e l'epidemiologia. Gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto includono:

- Sviluppare meccanismi di supporto della ricerca traslazionale, in particolare i programmi su biomarcatori, resistenza a farmaci oncologici, l'implementazione della proton-terapia nonché istituire il Molecular Tumor Board;
- Creare competenze bioinformatiche e di record linkage di dati clinico-biologici e di popolazione riguardanti la prevalenza e l'esito dei tumori;
- Sostenere gli sforzi di "Patient Oriented Research" per essere un "Patient-centered hospital" della Organisation of European cancer Institutes (OEI), che ha accreditato il CRO il 17/05/2023 (per 5 anni);
- Technology Transfer;
- Perseguire il programma di internazionalizzazione dell'Istituto, es collaborazione bilaterale attuata a novembre 2022 con MD Anderson, Houston, US;
- Garantire maggiore integrazione tra attività clinica, di ricerca e di didattica tramite maggiori collaborazioni con le Università, soprattutto regionali;
- Rafforzare la partecipazione ai programmi di Alleanza Contro il Cancro, nonché alle nuove Joint Actions della EU Commission.

Tra le **attività innovative** iniziate negli scorsi anni e che proseguiranno o inizieranno nel 2025, si segnalano cinque Task Force Projects che coinvolgono quasi tutte le Strutture dell'Istituto e sono sostenuti dal 5 per mille:

- Design of a multi-parametric data analysis and management platform with real-time integration of healthcare-generated data streams for clinical and translational research. The SENECA Project (Search, iNtEgrate, extract and Analyze);
- Assessment of the last 10-year activity of the Clinical Trial Office to evaluate trend by cancer site, number of inclusions, and trial outcome;
- Integration of clinic, pathologic and molecular data from multiple bio-specimen collections: a biobank re-organization for rapid material availability (The BANK-O-MAT project).
- Breast Cancer Cure & Research (BrCaCuRe): to build genomic and transcriptomic data on Lum BC patients admitted to our Institute and to define a molecular-clinical signature of radiotoxicity, through a prospective study;



- Tumor omics profiling for personalized oncology (TOPPO study): multidimensional characterization of advanced and metastatic tumours of different histological types to which new treatments may be used.

L'Istituto pone particolare attenzione è la **formazione**. Il CRO considera la formazione come compito istituzionale fondamentale legato alla propria natura di Istituto Scientifico, anche in ottemperanza alle previsioni della L.R. 14/2006 e come fattore di produzione di valore aggiunto istituzionale e personale. Per questo motivo l'impegno richiesto nel campo della formazione è rilevante e si esplica su più vettori formativi di cui sono destinatari sia il personale dipendente sia altri operatori sanitari italiani e stranieri, ai quali l'Istituto mette a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze. In questo contesto è obiettivo del CRO il mantenimento del ruolo di "provider" formativo da parte delle competenti autorità.

La formazione continua promossa dall'Istituto è sostanzialmente orientata su due linee di attività:

- legata agli obiettivi strategici prevalentemente clinico-assistenziali e rivolte a tutto il personale dell'Istituto stesso e non (dipendenti, personale esterno, titolari di borse di studio o contratti di ricerca, ecc.);
- legata agli obiettivi di studio, analisi, ricerca scientifica e trasferimento delle conoscenze e rivolte al personale dell'Istituto, del territorio regionale, nazionale e internazionale.

La programmazione delle attività formative organizzate dall'Istituto è triennale con strumenti attuativi annuali di dettaglio (piano annuale). È strutturata in un piano formativo che, oltre alle forme tradizionali, tiene conto della formazione "sul campo" e della formazione "in house", garantendo livelli qualitativi adeguati e possibilità di accesso a tutto il personale. Per l'anno 2025 il Piano Formativo aziendale è stato approvato con delibera DG nr. 36 del 24/01/2025.

## 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.

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.

### 2.2.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

Gli obiettivi generali e specifici per l'anno 2025 sono contenuti nel piano attuativo aziendale. In questo documento l'Istituto ha formulato la programmazione dell'erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell'anno 2025, 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 2024, gli obiettivi riguardano le seguenti aree:

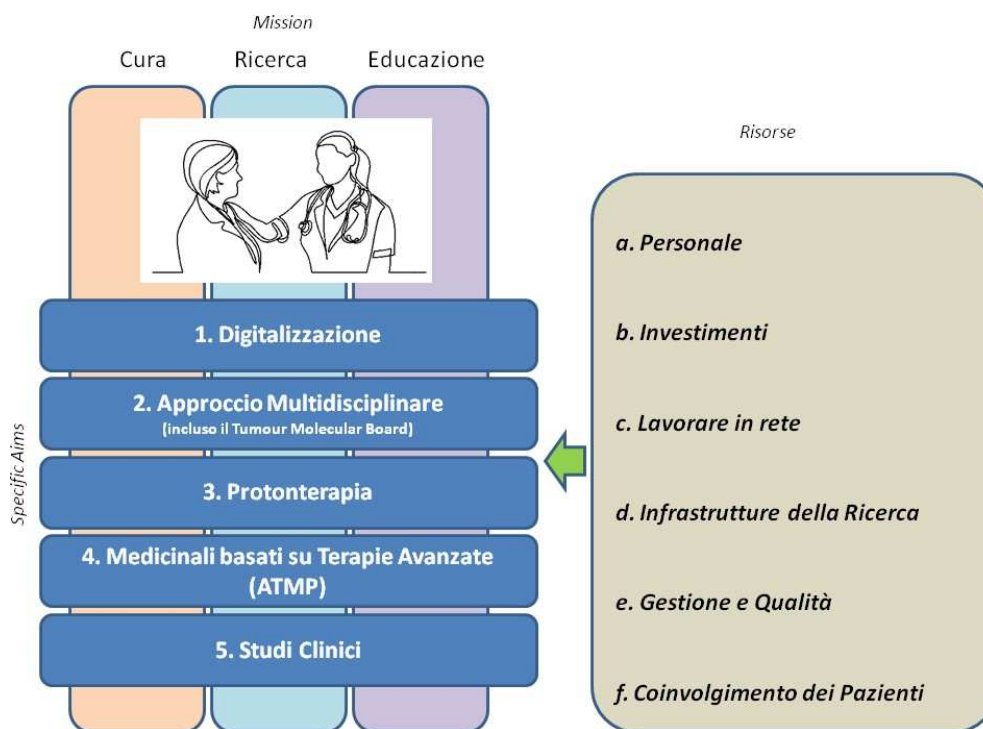
- programma di screening di II livello
- rete oncologica
- rete senologica
- governo dei tempi di attesa (tempi e appropriatezza)
- tutela della salute delle persone con disabilità cognitiva o fisica
- appropriatezza e efficienza operativa
- assistenza farmaceutica e dispositivi medici
- Piano della Formazione Regionale (PFR)
- rischio clinico e cure sicure FVG
- accreditamento
- attività di sperimentazione e sviluppo della ricerca clinica regionale.

Oltre alle linee progettuali definite dalla programmazione regionale, nel 2025 si intendono consolidare e/o avviare alcune attività, in particolare per la medicina di laboratorio e l'attività chirurgica, 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. In riferimento all'azione d'integrazione, a fine 2024 con deliberazione del Direttore Generale n. 581 del 12/12/2024, si è costituito il *Dipartimento Funzionale Interaziendale di Medicina Trasfusionale (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 CRO valutando la possibilità di istituire ulteriori dipartimenti funzionali interaziendali.

Nell' "**Allegato 1 – Progettualità anno 2025**" viene proposto l'elenco delle progettualità regionali con le relative strutture coinvolte. Vengono, inoltre, riportate le principali progettualità aziendali. Tali progettualità

verranno declinate nelle schede di budget delle singole strutture operative le quali, nel corso dell'anno, saranno oggetto di monitoraggio da parte della SOSD Controllo di Gestione.

Inoltre l'Istituto proseguirà nell'attuazione del piano strategico triennale 2023-2025 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
1. Digitalizzazione	1.1. Completa implementazione della nuova cartella elettronica	<p><b>1.1.a</b> 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><b>1.1.b</b> Organizzare tutte le attività mediche ed infermieristiche (es. appuntamenti, agende, piani di lavoro, consegne, esami) utilizzando la nuova eHR.</p> <p><b>1.1.c</b> 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><b>1.1.d</b> Supportare la gestione amministrativa degli eventi sanitari (es. attraverso l'integrazione con piattaforme informatiche dedicate alle prescrizioni, ai ricoveri).</p> <p><b>1.1.e</b> Garantire una gestione dei dati sicura e protetta.</p> <p><b>1.1.f</b> 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><b>1.2.a</b> Approvazione formale della Valutazione di impatto sulla protezione dei dati della piattaforma informatica secondo la normativa italiana GDPR.</p> <p><b>1.2.b</b> Individuare e affidare formalmente ad una Struttura del CRO la responsabilità di amministrare, aggiornare e monitorare la piattaforma informatica di ricerca.</p> <p><b>1.2.c</b> Assumere nuovo personale con competenze nei settori dell'informatica, della scienza dei dati, della statistica e dell'ingegneria.</p> <p><b>1.2.d</b> 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><b>1.2.e</b> 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><b>1.3.a</b> Rafforzare la telemedicina e le televisite.</p> <p><b>1.3.b</b> Sostituire le infrastrutture di rete IT in accordo con i nuovi standard di sicurezza.</p> <p><b>1.3.c</b> Noleggiare l'hardware che ospiterà i database e il software che sono stati creati per la piattaforma di ricerca informatica.</p>
<p><b>2. Approccio multidisciplinare</b></p>	<p>2.1. Estendere l'approccio multidisciplinare a tutti i pazienti</p>	<p><b>2.1.a</b> Consolidare tutti i Team Multidisciplinari approvando formalmente le linee guida cliniche e implementare l'uso della nuova eHR (vedi 1.1.a).</p> <p><b>2.1.b</b> Rafforzare le collaborazioni già in essere con l'ospedale di Pordenone includendo gli ospedali spoke della provincia di Pordenone.</p> <p><b>2.1.c</b> Monitorare l'MDT utilizzando la nuova eHR, incluso l'arruolamento di pazienti negli studi clinici.</p> <p><b>2.1.d</b> 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 medico e il protocollo incorpori elementi traslazionali e l'uso della piattaforma di ricerca informatica.</p> <p><b>2.1.e</b> 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>
	<p>2.2. Realizzare il Molecular Tumor Board al CRO</p>	<p><b>2.2.a</b> 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><b>2.2.b</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><b>2.2.c</b> Utilizzare la piattaforma di ricerca informatica per ospitare i dati genomici in accordo con il GDPR</p> <p><b>2.2.d</b> Completare la certificazione ISO 15189 del Dipartimento di Ricerche Traslazionali.</p>
	<p>2.3 Guidare la rete regionale del cancro al seno</p>	<p><b>2.3.a</b> 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><b>2.3.b</b> Implementare nelle linee guida cliniche le raccomandazioni relative alla valutazione molecolare delle mutazioni del DNA in geni selezionati.</p>

<b>3. Protonterapia</b>	3.1 Monitorare la costruzione della struttura per la Protonterapia	<b>3.1.a</b> 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	<b>3.2.a</b> Formalizzare la collaborazione con il Centro di Oncologico Adroterapia (CNAO) per attività di ricerca e formazione e avvio di programmi condivisi. <b>3.2.b</b> Creare nuove collaborazioni con strutture internazionali di Protonterapia per programmi di ricerca e istruzione.
	3.3 Aggiornare l'attuale organizzazione per includere la struttura di protonterapia.	<b>3.3.a</b> Assumere personale con competenze in fisica, radioterapia, bioingegneri, tecnici radiologi, compreso il personale amministrativo. Questo personale sarà esclusivamente dedicato al progetto di Protonterapia. <b>3.3.b</b> Partecipare a tavole rotonde nazionali sulle raccomandazioni sul cancro e sul rimborso della terapia a protoni.
<b>4. Medicinali basati su terapie avanzate (ATMP)</b>	4.1 Monitorare l'aggiornamento dell'infrastruttura per le terapie cellulari	<b>4.1.a</b> Assegnare il lavoro all'appaltatore <b>4.1.b</b> Test della struttura
	4.2 Consolidare l'organizzazione della struttura di Terapie Cellulari	<b>4.2.a</b> Assumere personale dedicato al trapianto di midollo osseo inclusi ematologi/immunologi, infermieri e tecnici di laboratorio. <b>4.2.b</b> Aumentare il numero dei posti letto e delle attività secondo gli standard nazionali per essere accreditati come unità di trapianto allogenico. <b>4.2.c</b> Aumentare gli studi clinici di Fase I
<b>5. Studi clinici</b>	5.1 Aggiornare il modello di processo aziendale degli studi clinici	<b>5.1.a</b> 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. <b>5.1.b</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...)
	5.2 Incoraggiare la partecipazione a studi clinici	<b>5.2.a</b> Incoraggiare la presentazione di studi sperimentali guidati dal CRO Aviano (vedi 2.1.d) <b>5.2.b</b> Completare l'ammodernamento dell'Unità Farmaci Antiblastici

### Obiettivo specifico 1: digitalizzazione

Nel 2024 l'Istituto è stato 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 è esteso l'utilizzo della stesse alle strutture afferenti ai Dipartimenti delle Alte Tecnologie e della Oncologia Medica migliorando ulteriormente la presa in carico del paziente da parte dell'Istituto.

Sono state rilevate alcune criticità lungo il percorso attuativo per il Dipartimento di Oncologia Chirurgica, per cui, sebbene l'attività propedeutica di configurazione e definizione dei modelli di documenti sia stata fatta, non è stato possibile implementare l'utilizzo della cartella clinica entro i termini previsti. Tali complicanze

sono da imputare a limiti del sistema informativo non superabili autonomamente, né sul piano tecnico-informatico, né organizzativo per cui è stata richiesto assistenza al fornitore di sistema esterno.

Nel 2025 è previsto il consolidamento dell'utilizzo nell'area onco-ematologica e onco-dermatologica nell'area radioterapica con l'interfacciamento del sistema clinico dedicato e l'avviamento nell'area dell'oncologia chirurgica.

L'ulteriore sviluppo prevede il potenziamento di OLGA (Personalized Oncology Care Flow), la piattaforma in Log80 che consente un'integrazione efficace tra flussi informativi clinici, professionalità coinvolte e knowledge base di annotazione genetica. La piattaforma accompagna il percorso del paziente preso in carico da un Team multidisciplinare attraverso i diversi snodi decisionali sia assistenziali che diagnostici, fino all'eventuale passaggio nel Molecular Tumor Board, con la gestione informatizzata del test NGS e delle sue risultanze.

In relazione agli obiettivi di informatizzazione e sull'infrastruttura IT, lo scopo è realizzare una **piattaforma integrata** dedicata alla ricerca clinica/traslazionale, includendo l'elenco di tutti i progetti in corso. In particolare per gli studi clinici attivi presso il CRO, si tratta di un modulo per l'arruolamento dei pazienti e un modulo delle schede di raccolta dati, rispettivamente, per gli studi monocentrici e multicentrici, indicando anche la collocazione dei campioni conservati in diversi laboratori ma da concentrare nella Biobanca dell'Istituto. 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 2024 progressi sostanziali. Sono state completate l'installazione e la configurazione dell'infrastruttura. Le nuove componenti acquisite sono state integrate nella rete in fibra per integrare anche gli storage pre-esistenti e garantire la "business continuity". Sono state, altresì, avviate la migrazione graduale di alcuni sistemi e completate le configurazioni che permettono la gestione del nodo centralizzato di tutta l'infrastruttura.

All'interno dell'infrastruttura sono già state create nove delle macchine virtuali dedicate ad ospitare la piattaforma informatizzata per la gestione degli studi clinici, che si compone di vari moduli funzionali, e che sarà operativa nel 2025.

La soluzione informatica che si acquisirà nel 2025 è basata su software open source e/o largamente utilizzato nella comunità della ricerca oncologica e prevede 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 piattaforma sarà integrabile in futuro con altri applicativi (ad esempio la cartella clinica elettronica regionale) mediante i vigenti standard di comunicazione in campo sanitario (ad esempio HL7 e DICOM).

Inoltre, potrà 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 2025 verranno consolidati i percorsi dedicati ai **team multidisciplinari**, quali principali snodi di attività per tutti i pazienti oncologici presi in carico e a garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi clinici necessari al paziente nel suo percorso di cura. In particolare, si prevede:

- La definizione di uno standard di Istituto per la gestione del Follow up integrato, sia in termini di appropriatezza clinica, che logistico-organizzativa;
- L'attivazione di slot dedicate coinvolge principalmente i team che operano attraverso la piattaforma informatizzata OLGA (persOnalized oncoloGy cAre flow) e con un volume di attività stabile;
- L'ampliamento dell'utilizzo di OLGA anche per i team multidisciplinari integrati con ASFO.

In riferimento alla realizzazione del **Molecular Tumor Board**, il CRO con delibera n.38/2023 ha istituito il MTB d'Istituto ed ha partecipato attivamente all'istituzione del MTB Regionale (Decreto del Direttore Generale di ARCS n 185 del 6/10/2023) nell'ambito della rete oncologica regionale.

Nella composizione e finalità il MTB del CRO è coerente con le indicazioni proposte dagli organi centrali (Ministero Salute, AIFA, AGENAS) alla Conferenza delle Regioni ed è principalmente dedicato alla discussione tecnico scientifica di specifici casi clinici.

Nel corso del 2024 il CRO ha partecipato in modo propositivo alle attività del MTB Regionale per un'implementazione equa dell'oncologia di precisione in Regione, per assicurare a tutti i pazienti la stessa possibilità di accedere ai percorsi di oncologia di precisione, anche affrontando l'annoso problema della determinazione di tariffe eque per analisi molecolari. Il coordinatore del gruppo per l'oncologia di Precisione e Molecular Tumor Board regionale ha effettuato una survey fra i tre Enti regionali che hanno un MTB (CRO, AUFC e ASUGI) ed ha definito lo state dell'arte dell'oncologia di precisione in regione. Nel 2025, in accordo con il coordinatore della rete oncologica, la survey effettuata servirà a stilare linee guida e raccomandazioni per i tre Enti in ambito di oncologia di precisione.

In assoluta contiguità e complementarità con il MTB Regionale, il MTB del CRO si è dedicato ad identificare possibili alternative terapeutiche per quei pazienti che hanno già completato le terapie indicate per le proprie patologie o hanno una storia clinica peculiare che necessita di ulteriori approfondimenti e di una valutazione bio-molecolare di secondo livello, in analogia a quanto indicato dal Ministero della Salute (DM 30 Maggio 2023 pubblicato in GU n.190 del 16-8-2023).

Il MTB ha discusso finora 38 pazienti di questo tipo offrendo ai GAMO aziendali gli appropriati suggerimenti. Nel 2025 le attività del MTB continueranno con riunioni calendarizzate su base mensile con la possibilità di discussioni aggiuntive in caso di bisogno.

## **Obiettivo specifico 3: Protonterapia**

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).

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 278 del 20.07.2021 è stato sottoscritto il contratto per l'affidamento della fornitura, comprensiva della progettazione e delle opere edili ed impiantistiche, per la realizzazione di un sistema di "**Protonterapia**". Nello stesso periodo ha preso avvio la fase esecutiva dell'opera.

L'attività progettuale si è conclusa con l'approvazione del progetto esecutivo in data 26.08.2024 e i lavori sono iniziati in data 23.09.2024.

Nell'anno 2025 si prevede l'esecuzione di tutte le opere strutturali dell'edificio e il completamento dell'area Bunker.

Seguiranno tutte le opere accessorie funzionali, impiantistiche e di finitura con conclusione prevista per agosto 2026. All'inizio del 2026 è prevista la consegna del ciclotrone con previsione di utilizzo del fascio di radiazione nel mese di marzo 2026.

Le operazioni di collaudo funzionale del sistema di Protonterapia e la conclusione dell'appalto sono previste per il mese di aprile 2027.

Dal 2023 sono state avviate delle attività formative con tre diversi orientamenti:

- *Formazione clinica generale sull'impiego dei fasci di protoni.*  
In ambito clinico sono stati istituiti 4 tavoli di lavoro per la valutazione degli aspetti amministrativi, dei protocolli clinico-fisici per patologia, per la scelta dei supporti/materiali di consumo e per la definizione dell'imaging, il re-planning e la gestione del movimento. Nel biennio 2023-2024 si sono svolti due eventi formativi con l'intento di introdurre gli aspetti salienti della terapia con protoni con particolare riferimento alla macchina, alla radioprotezione, alla radiobiologia, alla pianificazione e all'imaging.
- *Formazione specifica per gli aspetti di commissioning.*  
La formazione relativa agli aspetti di commissioning è stata avviata presso lo IEO (Istituto Europeo di Oncologia di Milano) che ha recentemente installato un'apparecchiatura uguale a quella prevista per il CRO e verrà completata con i corsi forniti dall'installatore in modo coerente con i tempi di avvio della protonterapia.
- *Formazione relativa alla radioprotezione in collaborazione con il Centro nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia.*

Per quanto riguarda il personale, nel corso del 2024, sono stati assunti dirigenti medici, fisici e TSRM così come indicato nel piano triennale dei fabbisogni di personale e nel piano strategico triennale 2023-2025.

Al fine di promuovere un utilizzo appropriato delle tecnologie disponibili e garantire il rimborso della terapia a protoni, il Nuovo Nomenclatore Nazionale (Decreto Interministeriale n. 272/2024) ha individuato tre tariffe per le prestazioni suddivise per intero ciclo terapeutico e per numero di sedute.



## **Obiettivo specifico 5: Studi clinici**

Nel corso del 2023 è stato costituito il **Nucleo di Ricerca Clinica (NRC)** e con successive delibere è stato approvato il “Regolamento per la conduzione delle sperimentazioni cliniche profit e no profit”.

Nel 2024 è stato approvato il “Piano di miglioramento delle sperimentazioni cliniche” nel quale viene dato dettaglio della riorganizzazione del processo di valutazione scientifica, degli obiettivi generali e delle strategie di miglioramento specifiche.

L’analisi della performance di processo e il coinvolgimento degli stakeholder interni, aveva evidenziato una frammentazione del processo di valutazione scientifica e finanziario/giuridica.

Questa debolezza ha fornito l'opportunità di creare un gruppo di lavoro (il Nucleo di Ricerca Clinica) comprendente soggetti scientifici, medici, legali e finanziari, che esamini i dossier delle sperimentazioni cliniche prima della sottomissione al Comitato Etico e che, in sessioni plenarie, discute e adatti il dossier, in collaborazione con il PI e i coordinatori dello studio.

Gli **obiettivi generali del Piano di Miglioramento** si possono elencare in:

- Ridurre i tempi di approvazione degli studi;
- Aumentare il numero di studi attivi in particolare gli studi sperimentali;
- Aumentare il numero di pazienti arruolati;
- Aumentare il numero e la qualità delle pubblicazioni inerenti alle sperimentazioni cliniche;
- Migliorare le strategie adottate per il trattamento dei dati sanitari ai fini di ricerca;
- Potenziare l’accessibilità dei dati sanitari per l’utilizzo ai fini di ricerca, favorendo strategie automatizzate o semi-automatizzate a discapito dell’inserimento manuale.

Al fine di raggiungere gli obiettivi generali appena descritti sono state predisposte due strategie specifiche: 1) semplificare e standardizzare il processo di approvazione degli studi clinici; 2) potenziare le risorse infrastrutturali e le risorse umane.

Nel 2024, infine, si sono conclusi i lavori di rifacimento dei locali e dell’impiantistica relativi all’UFA (Unità Farmaci Antiblastici). L'UFA ha già ottenuto dall'ispettorato dell'AIFA, l'Agenzia italiana del Farmaco, il nulla osta per poter riprendere la preparazione dei farmaci sperimentali utilizzati negli studi clinici di diverse fasi, inclusa la fase 1. Per il 2025 l’attività di sperimentazione clinica potrà, quindi, rientrare a pieno regime superando le difficoltà che hanno avuto ricadute critiche su tale ambito.

### 2.2.2 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).

Accessibilità CRO - <https://www.cro.sanita.fvg.it/it/info/accessibilita.html>

AGID Form | Dettaglio pubblicazione - <https://form.agid.gov.it/view/c3356350-79a7-11ef-8dfd-4121d7d38e82>

### 2.2.3 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.

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, come **obiettivo**, 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 al progetto 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".

## 2.2.4 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

### 2.2.4.1 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. 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.

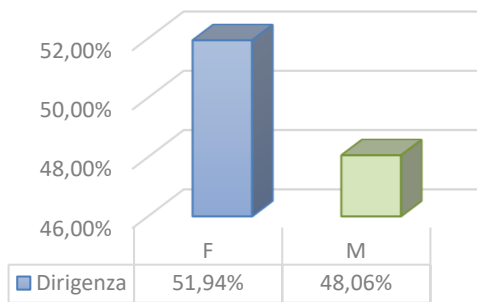
Nel contesto specifico delle organizzazioni di ricerca, la Commissione Europea definisce un GEP come un piano strategico volto a:

- 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.

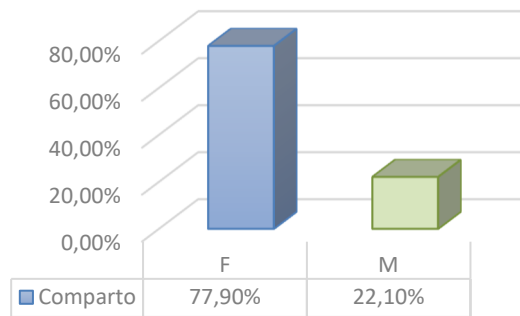
Gli obiettivi specifici con relativi indicatori sono declinati nel *Gender Equality Plan* approvato con delibera n. 408 del 26.10.2023.

I grafici riportati di seguito rappresentano la distribuzione per genere del personale con incarico di dirigenza e di comparto al 31/12/2024.

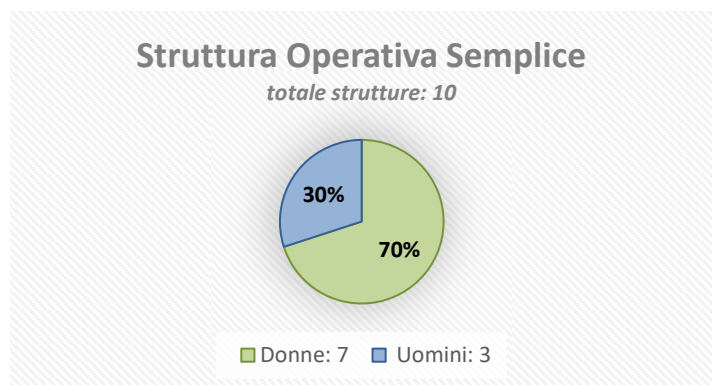
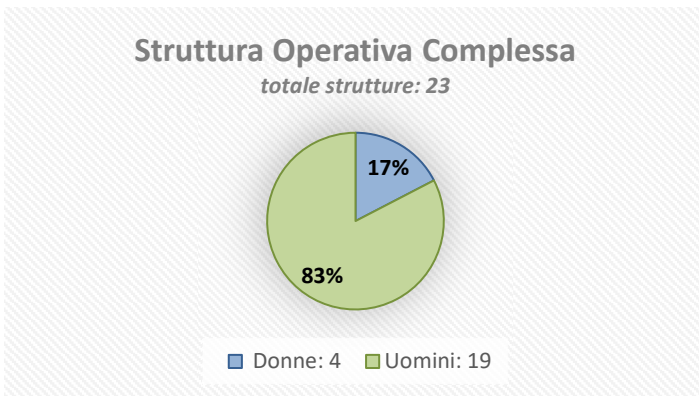
### ANNO 2024 - Dirigenza



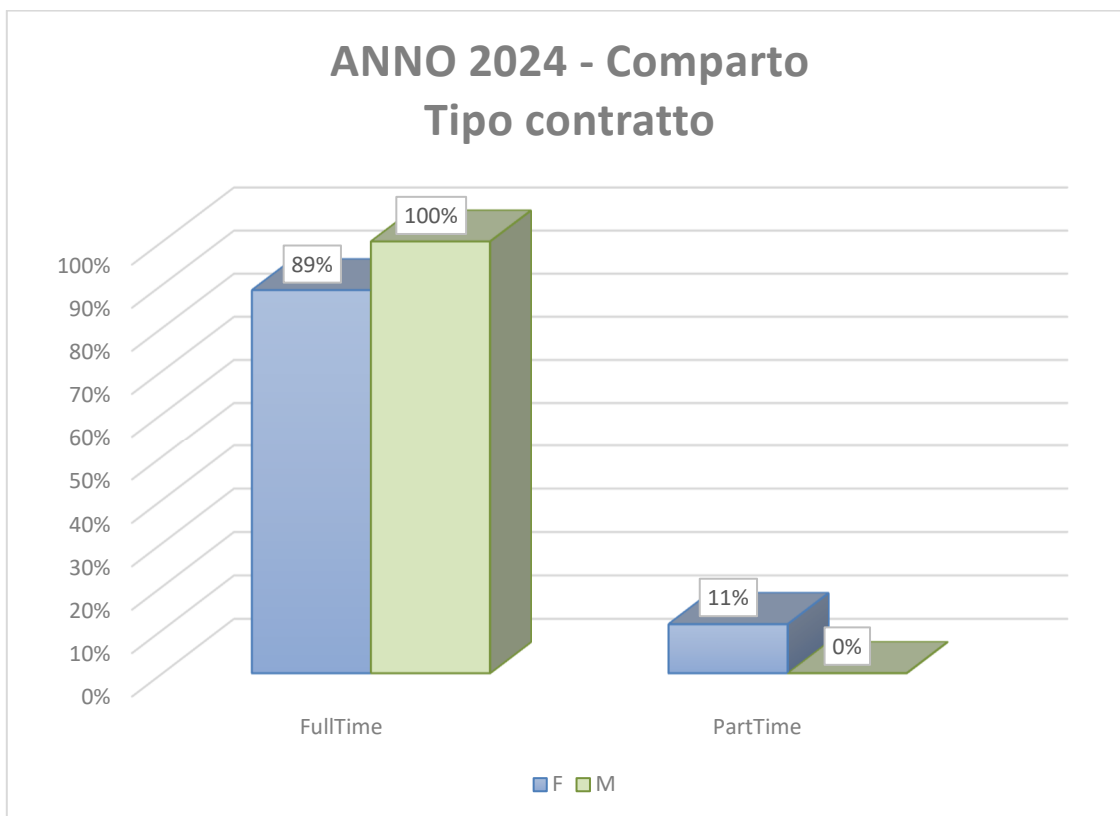
### ANNO 2024 - Comparto



Nei grafici riportati di seguito sono riportati gli incarichi della dirigenza di struttura complessa e struttura semplice dipartimentale al 31 dicembre suddivisi per genere:



In riferimento al benessere organizzativo aziendale, in particolare alla conciliazione tra lavoro e vita privata dei dipendenti viene riportato il grafico occupazionale, al 31/12/2024, del personale del comparto afferente all'Istituto suddiviso per tipologia di contratto: Full-Time e Part-time.



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.

Si riportano le **azioni positive** per le pari opportunità e l'equilibrio di genere con lo stato di avanzamento rispetto agli obiettivi e indicatori previsti.

**Equilibrio tra la vita e lavoro e la cultura organizzativa.**

<b>1° AZIONE POSITIVA: Costituzione e avvio della Cabina di Regia</b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Istituzione e avvio del gruppo di lavoro <b>GET – Gender, diversity and inclusion in medicine, research and governance Team</b> .

Destinatari	Gruppo GET
Struttura coinvolta	Direzione Scientifica, SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane, SOSD Controllo Gestione, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Dipartimento della Ricerca Traslazionale e della Diagnostica Avanzata dei Tumori
Stato avanzamento progetto	Istituito il Gruppo GET (Prot. N. 19742 del 31/10/2023); creazione di una sezione dedicata al GEP sul sito del CRO e sua pubblicazione online
<b>2° AZIONE POSITIVA: Implementazione regolamento aziendale per il part-time del personale del comparto e monitoraggio rapporti a tempo parziale attivi</b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Implementazione regolamento aziendale per il part-time del personale del comparto e monitoraggio rapporti a tempo parziale attivi
Destinatari	Personale del comparto
Struttura coinvolta	Tutte
Stato avanzamento progetto	Monitoraggio semestrale della fruizione del part-time da parte del personale
<b>3° AZIONE POSITIVA: Monitoraggio richieste di accesso al lavoro agile o smart working</b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Supporto allo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato
Destinatari	Target tutto il personale
Struttura coinvolta	Tutte
Stato avanzamento progetto	Monitoraggio semestrale dell'accesso al lavoro agile o smart working.

#### **Equilibrio di genere nelle posizioni apicali e negli organi decisionali**

<b>4° AZIONE POSITIVA: Principio di alternanza per gli incarichi apicali delle Direzioni e dei Dipartimenti</b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Principio di alternanza per gli incarichi apicali delle Direzioni e dei Dipartimenti
Destinatari	Tutti i dirigenti
Struttura coinvolta	Tutte
Stato avanzamento progetto	Aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale

### Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera

<b>5° AZIONE POSITIVA: <i>Monitorare l'equilibrio di genere</i></b>	
Descrizione azione di miglioramento	Valutazione annuale delle percentuali di assunzioni di donne e giovani sui fondi dedicati ai progetti di ricerca.
Obiettivi	Sensibilizzare ad un miglior equilibrio di genere a partire dal reclutamento del personale
Destinatari	Tutti i candidati e i dipendenti
Struttura coinvolta	Tutte
Stato avanzamento progetto	Monitoraggio del bilancio di genere nel numero di assunzioni e nelle progressioni di carriera

### Integrazione della dimensione di genere nella medicina e nella ricerca

<b>6° AZIONE POSITIVA: <i>Promuovere la dimensione di genere nella medicina e nella ricerca</i></b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Supporto alla diffusione della dimensione di genere nella medicina
Destinatari	Tutti i protocolli clinici presentati al CE
Struttura coinvolta	Strutture dedicate alla ricerca
Stato avanzamento progetto	Monitoraggio dei protocolli clinici che contengano una dimensione di genere
<b>7° AZIONE POSITIVA: <i>Promuovere la dimensione di genere nei prodotti della ricerca</i></b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Supporto alla diffusione della dimensione di genere nei prodotti della ricerca
Destinatari	Tutto il personale di ricerca
Struttura coinvolta	Strutture dedicate alla ricerca
Stato avanzamento progetto	Raccolta dati disaggregati di genere su partecipazione a progetti, pubblicazioni, brevetti e partecipazione a convegni.

### Formazione volta alla promozione dell'eguaglianza di genere

<b>8° AZIONE POSITIVA: <i>Promuovere l'integrazione di genere</i></b>	
Descrizione azione di miglioramento	Saranno evidenziate priorità, criticità e urgenze tra i ricercatori attraverso la somministrazione di una survey anonima.
Obiettivi	Diffusione e sensibilizzazione dell'integrazione di genere
Destinatari	Tutto il personale di ricerca
Struttura coinvolta	Strutture dedicate alla ricerca
Stato avanzamento progetto	Progettazione della survey
<b>9° AZIONE POSITIVA: <i>Attività per la formazione all'integrazione di genere e contro la violenza di genere</i></b>	
Descrizione azione di miglioramento	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.
Obiettivi	Analisi e definizione della formazione per l'integrazione di genere e contro la violenza di genere
Destinatari	Tutto il personale di ricerca
Struttura coinvolta	Strutture dedicate alla ricerca
Stato avanzamento progetto	In attesa di somministrazione della survey dedicata

Tutti e 5 i punti sono stati già avviati e la survey è stata definita durante l'ultima riunione della La Cabina di Regia del GEP (o Gender Equality Team – GET nominata il 29/11/2023). Nel 2025 si prevede di testare la somministrazione della survey ad un gruppo ristretto di ricercatori.



#### 2.2.4.2 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. 603 del 20/12/2024, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), ai sensi dell'art. 57 d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i..

Il CUG è unico per tutte le aree contrattuali ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dell'Istituto. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

#### 2.2.4.3 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 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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.).

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.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione corruzione, che vengono sviluppati nell'apposita sezione del Piano PCT e che costituiscono un collegamento operativo tra PTPCT, la performance, processo di budget e di valutazione, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi organizzativi ed

individuali assegnati a dirigenti e personale del comparto sono contenuti nel documento “**Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza anno 2025**”.

### SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

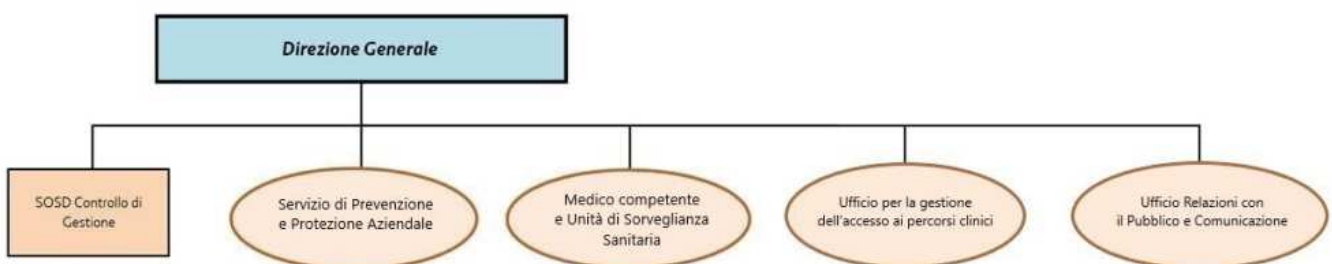
Come già evidenziato in scheda anagrafica, il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) classificato come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale per l’Oncologia. Ha una sede prevalente ad Aviano (PN), in cui assicura diverse 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 di ASFO. In particolare, in ragione dell’assetto organizzativo delineato nelle norme regionali, il CRO svolge anche per l’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale le funzioni di Radioterapia, Oncologia e Medicina Nucleare.

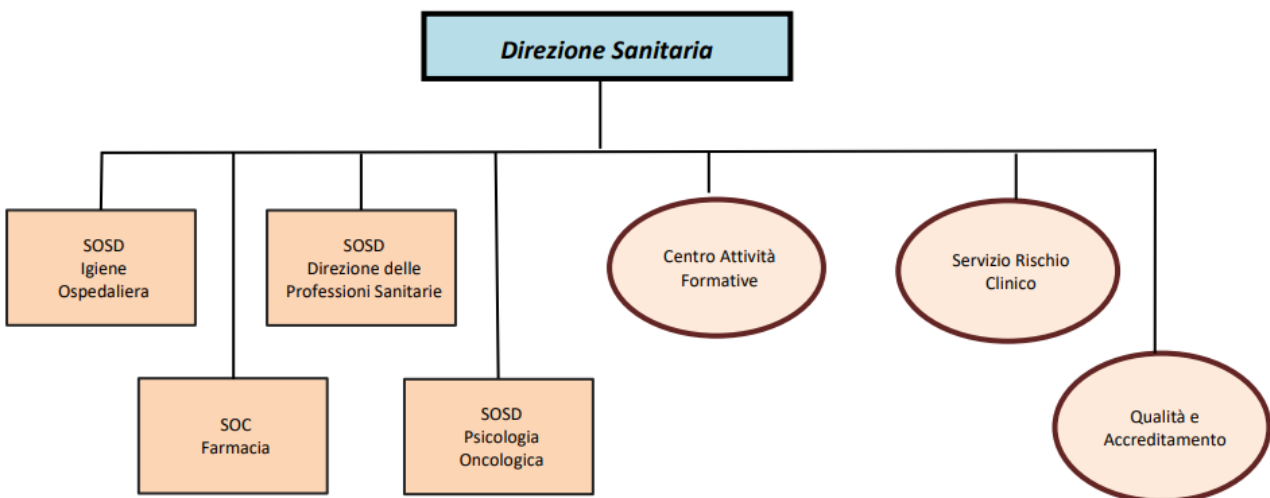
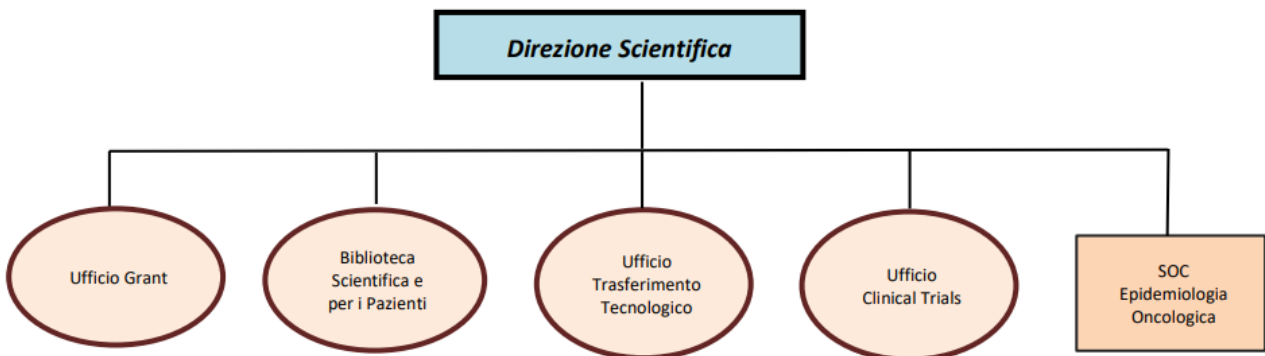
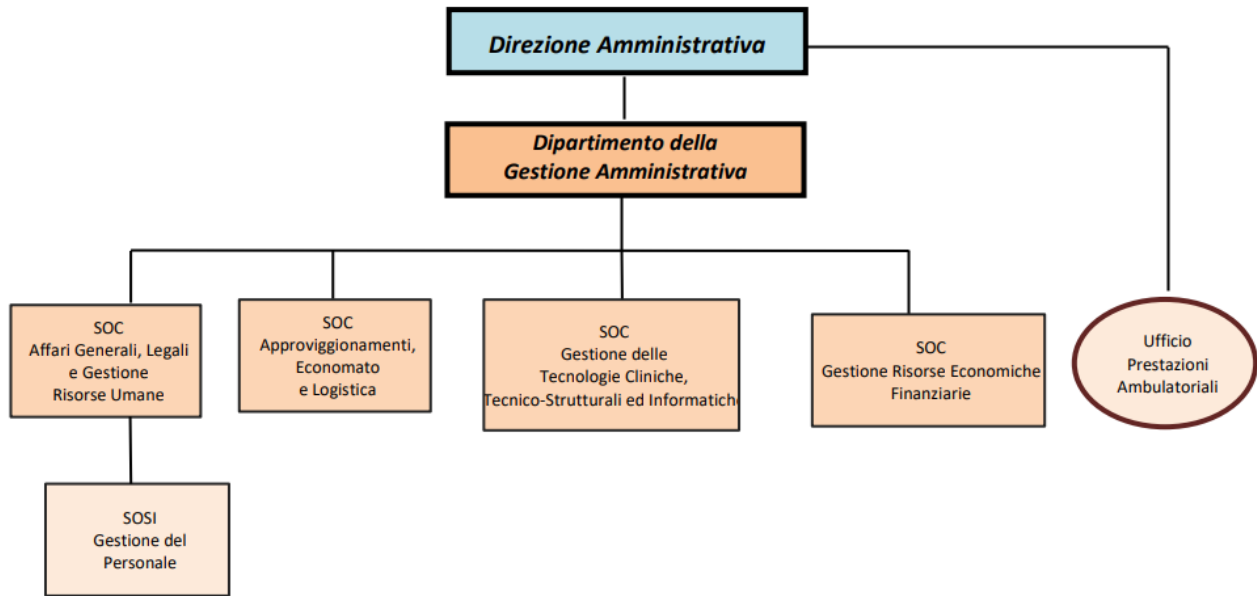
L’organizzazione ed il funzionamento dell’Istituto sono disciplinati con l’atto aziendale di cui all’art. 3, comma 1 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i..

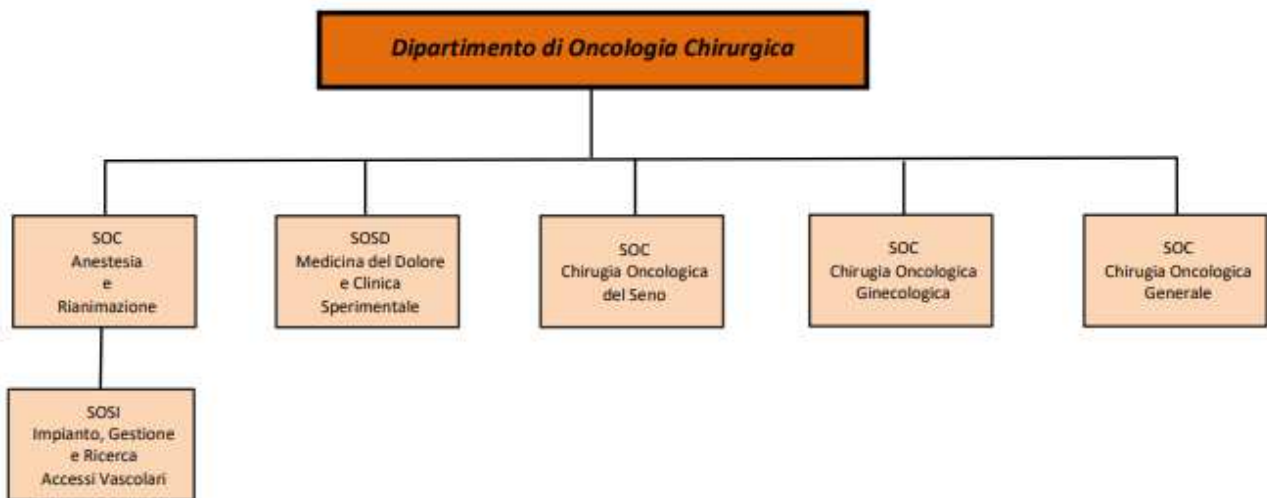
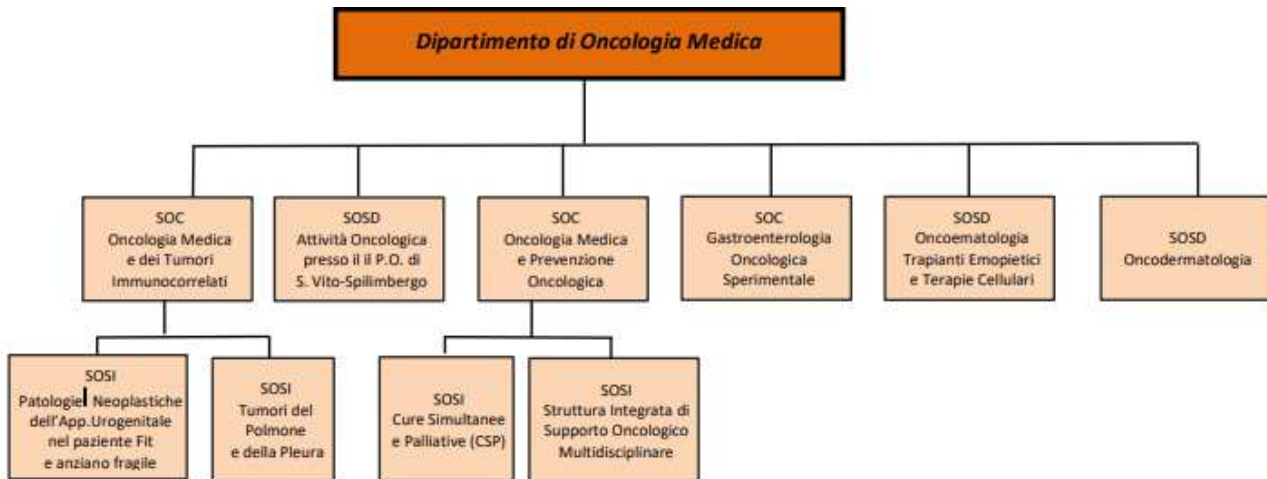
L’**Atto aziendale** adottato con Delibera n. 500 del 15.12.2023 è stato modificato a seguito dell’entrata in vigore del predetto D.Lgs n. 200/2022 con, tra l’altro, l’introduzione di un’apposita sezione per le funzioni della ricerca; il documento individua l’assetto istituzionale ed organizzativo del Centro di Riferimento Oncologico definendo l’identità aziendale, mission e vision dell’Istituto, i valori ed il modello organizzativo dell’Ente. Con delibera n. 624 del 20/12/2024, è stato aggiornato il regolamento attuativo dell’atto aziendale per le sezioni riguardanti l’articolazione organizzativa della Direzione sanitaria e dei Dipartimenti clinici e della ricerca.

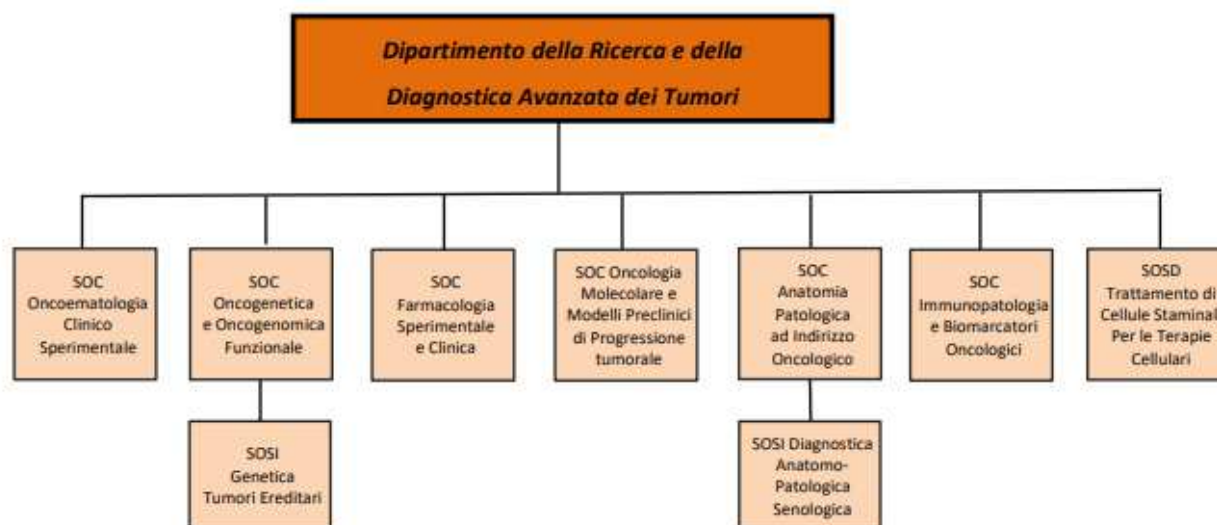
L’assetto organizzativo dell’Istituto prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale.

Si riporta, nei grafici a seguire, la **struttura organizzativa dell’Istituto**:









### 3.1.1 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E CONSISTENZA DEL PERSONALE

#### *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;
- Progressioni orizzontali;
- 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 ha ultimato il processo che ha condotto alla nuova mappatura degli incarichi dirigenziali, con contestuale revisione del regolamento delle procedure:

- Delibera n.168 del 05/04/2024 Regolamento per la graduazione, l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'area sanità;
- Delibera n.319 del 13/06/2024 Mappatura incarichi dirigenziali area sanità;

- Delibera n.578 del 05/12/2024 Regolamento per la graduazione, l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'area delle funzioni locali – dirigenza PTA; allegata “Mappatura incarichi PTA”;
- Delibera n.625 del 23/12/2024 Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi di funzione del personale del comparto sanità; allegata “Mappatura incarichi di funzione del personale del ruolo sanitario” e “Mappatura incarichi di funzione del personale del ruolo professionale tecnico-amministrativo”.

L'iter di attribuzione degli stessi è stato ultimato per gli incarichi dirigenziali con le delibere n. 335 del 26/06/2024 (prima assegnazione), n.345 del 24/07/2024 (seconda assegnazione) e n. 454 del 26/09/2024 (terza assegnazione) e sono in corso gli avvisi interni per l'attribuzione degli incarichi di funzione organizzativa del personale del comparto sanità. Successivamente, si emetteranno i bandi relativi all'area amministrativa. 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 sono state espletate tutte le procedure previste (delibera n.423 del 29/08/2024, delibera n.439 del 20/09/2024).

Per quanto riguarda il personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, nel primo trimestre 2024 con delibera n.136 del 08/03/2024, si è ultimato l'iter di assunzione a tempo indeterminato, attraverso la procedura di stabilizzazione, del personale in possesso dei requisiti stabiliti dalle norme di riferimento. La data di decorrenza dell'assunzione di tutto il personale interessato alla procedura di stabilizzazione è stata il 01/04/2024.

In riferimento all'art.9 lettera c) della legge Regionale 16/2022 – “Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia – Istruzione, formazione, lavoro”, e l'art.39 comma 1 – 1 bis del decreto legislativo n.165/2001, l'Istituto con delibera nr. 426 del 29/08/2024 ha nominato il responsabile dei processi d'inserimento delle persone con disabilità (**Disability Manager**). Con tale atto si è posto il focus sui rapporti con il centro per l'impiego territoriale, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato, l'attuazione di soluzioni informatiche per facilitare l'integrazione al lavoro e la verifica del processo d'inserimento nell'ambiente di lavoro stesso.

Inoltre, per favorire il **benessere organizzativo aziendale**, intervenendo sulla conciliazione tra lavoro e vita privata dei dipendenti sono stati approvati i seguenti regolamenti:

- 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;
- con delibera DG n. 155 del 22/03/2024 è stato recepito il Regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto sanità e del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca.

L'Istituto si impegna a salvaguardare la comunicazione con il personale interno per favorire lo svolgimento delle proprie attività lavorative rendendo l'ambiente di lavoro il più possibile sicuro, informato e collaborativo. L'azione attivata nel 2023, e portata a conclusione con due interventi formativi a maggio e

ottobre 2024, è stata la valutazione del benessere organizzativo e del rischio stress lavoro correlato. Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e la SOSD di Psicologia dell'Istituto, ha ritenuto di procedere al coinvolgimento di tutti i lavoratori (compreso il personale del ruolo della ricerca, interinale e liberi professionisti) tramite somministrazione di un questionario. Sono stati distribuiti 662 questionari. Di questi, ne sono stati restituiti 343 pari al 51,8% del campione. Le aree interessate dall'indagine riguardano le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, la sicurezza del lavoro, le caratteristiche del proprio lavoro e tollerabilità dei compiti assegnati, le sensazioni vissute nell'ambiente di lavoro, i disturbi psicosomatici, l'apertura all'innovazione ed eventuali suggerimenti.

La "valutazione della percezione soggettiva di benessere organizzativo da parte dei lavoratori" è utile all'identificazione e caratterizzazione del rischio da stress lavoro correlato e delle sue cause, e rappresenta un utile indicatore dello stato di salute dell'Azienda.

Complessivamente, risaltano come punti di forza l'impegno per il proprio lavoro (vissuto come socialmente utile e importante), l'esistenza di relazioni collaborative e umane tra pari, il riconoscimento dell'attenzione alla sicurezza dell'ambiente fisico e al comfort ambientale. Come aspetti da migliorare, invece, emergono quelli riguardanti la gestione "umana" delle risorse: informazione, comunicazione e relazione, valorizzazione del personale, equità organizzativa, confronto e collaborazione con altre organizzazioni, introduzione di nuove professionalità e sviluppo di competenze innovative.

Alla luce dei risultati emersi, a conferma e in continuità con quanto già realizzato, la SOSD di Psicologia, per quanto di sua competenza, ritiene che l'organizzazione potrebbe giovare di:

- Restituzione dei risultati dell'indagine alle Direzioni Strategiche
- Sportello di accoglienza dei bisogni dei lavoratori.
- Progettazione ed erogazione di percorsi formativi per l'empowerment dell'operatore in tema di prevenzione dello stress, competenze relazionali e comunicative, benessere dell'operatore
- Focus Group di approfondimento
- Monitoraggio dello stato di benessere dei lavoratori e del rischio stress lavoro correlato (ripetizione dell'indagine)

### *Consistenza del personale*

La dotazione del personale d'Istituto è riportata nella tabella sottostante 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 2022	anno 2023	anno 2024
<b>RUOLO SANITARIO</b>			
dirigenti medici	123,00	125,33	125,17
dirigenti biologi	20,00	19,00	19,00
dirigenti farmacisti	5,00	5,00	5,00
dirigenti fisici	8,00	9,00	9,00
dirigenti psicologi	2,00	2,00	2,00
dirigenti prof. Sanitarie	2,00	2,00	2,00
dirigente chimico	1,00	1,00	1,00
infermieri	175,77	176,23	175,17
TSLB	49,23	50,07	46,57
TSRM	44,67	47,50	46,50
altro comparto	4,00	4,00	6,00
<b>tot</b>	<b>434,67</b>	<b>441,13</b>	<b>437,40</b>
<b>RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>			
operatore socio-sanitario	<b>65,83</b>	<b>70,83</b>	<b>68,83</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>			
dirigenti	2,00	3,00	3,00
<b>RUOLO TECNICO</b>			
dirigenti	2,00	2,00	2,00
comparto	62,60	63,60	71,60
<b>tot</b>	<b>64,60</b>	<b>65,60</b>	<b>73,60</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>			
dirigenti	6,00	6,00	5,00
comparto	84,33	85,50	83,00
<b>tot</b>	<b>90,33</b>	<b>91,50</b>	<b>88,00</b>
<b>RUOLO RICERCA</b>			
comparto	41,00	58,00	73,00
<b>totale complessivo</b>	<b>698,43</b>	<b>730,07</b>	<b>743,83</b>

### 3.2 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 AMBITO DI APPLICAZIONE

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.

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**.

### 3.2.3 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.

### 3.2.4 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.

### 3.2.5 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.

### 3.2.6 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.

### 3.2.7 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.

Si evidenzia che, rispetto alla fase sperimentale avviata nel corso del 2020, nell'ultimo biennio (2023-2024) 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 fruite anche in relazione all'attività assistenziale e di cura che caratterizza l'Istituto.

La **richiesta complessiva** del lavoro in modalità agile per il 2024 viene rappresentata nella tabella sottostante:

	<b>Nr.Dipendenti</b>	<b>Ore SmartWorking</b>	<b>GG Usufruiti</b>	<b>Media GG Usufruiti</b>
<b>COMPARTO</b>				
<i>Femmine</i>	18	3142,78	441	24,50
<i>Maschi</i>	3	590,40	82	27,33
<b>DIRIGENZA</b>				
<i>Femmine</i>	1	22,80	3	3,00
<i>Maschi</i>	3	387,60	51	17,00

### 3.2.8 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 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 2025-2027 la Regione FVG con deliberazione di Giunta Regionale n. 2052 del 30/12/2024 "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale, anno 2025. Approvazione definitiva. Finanziamento agli Enti del S.S.R. per l'anno 2025 – assegnazione e erogazione in via provvisoria." ha fornito le indicazioni per la redazione del PTFP.

Il PTFP 2025-2027 sarà approvato in via definitiva con il decreto di adozione del Piano Attuativo 2025.

Il PTFP sarà successivamente 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 dei 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.

### 3.4 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 programmatica 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", i Regolamenti relativi ai Provider di livello nazionale e regionale e l'ultima Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione avente per oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti" del 14.01.2025 (protocollo interno nr. 1178 del 22.01.2025).

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

Il piano formativo anno 2025 per la formazione interna è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 36 del 24.01.2025 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 2025 approvate con deliberazione della Giunta Regionale nr. 2052 del 30/12/2024;
- degli obiettivi della formazione continua in medicina previsti dalla CNFC;
- dell'analisi del fabbisogno formativo del personale sanitario e tecnico amministrativo eseguita 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.
- capacità organizzativa del Centro Attività Formative di confermare la soddisfazione dei fabbisogni formativi di tutte le qualifiche e di tutte le aree di competenza presenti nell'Istituto.

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.

## **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

### **4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO**

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

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

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

### **4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE**

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

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

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

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

Il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. In particolare, con riferimento al monitoraggio delle misure previste per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza, si rimanda al paragrafo 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 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.



PIAO 2025-2027

Allegato 1  
Progettualità anno 2025

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
RETI CLINICHE	A.1 Rete oncologica	Riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica, con le modalità e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti.	Completare le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione: a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica; b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate.	azioni di condivisione completate	Direzioni
	A.1.1 Rete senologica	Migliorare la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	> 90% (valore 2023 100%)	SOC Chirurgia Oncologica del Seno
	A.1.1 Rete senologica	Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 8,0% (valore 2023 4,88%)	SOC Chirurgia Oncologica del Seno
	A.1.1 Rete senologica	Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>=80% (valore 2023 77,79 %)	SOC Chirurgia Oncologica del Seno
STANDARD DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E OSPEDALIERA	B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	Sviluppo della telemedicina	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023 T3 2025	2.898 (valore regionale complessivo) entro il terzo trimestre 2025	Professionisti individuati
GOVERNO DEI TEMPI D'ATTESA	C.1 Governo della domanda e appropriatezza (RAO)	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO da parte degli specialisti ospedalieri relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell'indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	Strutture di Oncologia medica e chirurgica; Strutture delle Alte Tecnologie
	C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Tumore alla Mammella Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore gen-ago 2024 91,70%)	SOC Chirurgia Oncologica del Seno
	C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Tumore al Colon Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore gen-ago 2024 95,65%)	SOC Chirurgia Oncologica Generale
	C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Tumore al Retto Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore gen-ago 2024 84,62%)	SOC Chirurgia Oncologica Generale
	C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore gen-ago 2024 91,18%)	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica
	C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Melanoma Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore gen-ago 2024 78,05%)	SOC Chirurgia Oncologica Generale
MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA	1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2024 (Sì/NO)	entro il 31.07.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (Sì/NO)	vedi 10.1	SOSD Direzione Medica di Presidio
	1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	1. Definizione di un protocollo aziendale per la segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico e di eventi di particolare rilevanza come gli outbreak in specifici setting assistenziali	entro il 30 giugno 2025	Direzioni dipartimentali



**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
	1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	2. Adesione alla segnalazione degli eventi definiti dal protocollo	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo	Direzioni dipartimentali
MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE	1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25%	Direzioni
ATTIVITÀ DI SCREENING	1.5.1 Screening Cervice Uterina	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% (valore 2023 54,05%)	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica
	1.5.2 Screening mammografico	Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	>= 90% (valore 2023 79,28%)	SOC Radiologia Oncologica
	1.5.2 Screening mammografico	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	< 10% (valore 2023 10,34%)	SOC Radiologia Oncologica
	1.5.2 Screening mammografico	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	>= 85% (valore 2023 60,25%)	SOC Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico
	1.5.3 Screening colon retto	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore 2023 96,8%)	SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale
	1.5.3 Screening colon retto	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonoscopia	>=85% (valore 2023 78,01%)	SOC Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico
DISABILITÀ	3.3 Disabilità	Partecipare alle attività del costituendo tavolo di lavoro regionale finalizzato alla definizione delle procedure nelle Aziende per l'accesso delle persone con disabilità ai servizi sanitari (in emergenza-urgenza, in regime ambulatoriale e di ricovero)	Partecipazione al tavolo di lavoro. Applicare le procedure.	vedi obiettivi 3.3.1	Strutture di Oncologia medica e chirurgica; Direzioni; Strutture delle Alte Tecnologie
	3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	Strutture di Oncologia medica e chirurgica; Direzioni; Strutture delle Alte Tecnologie
	3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.08.2025	Strutture di Oncologia medica e chirurgica; Direzioni; Strutture delle Alte Tecnologie
	3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ...) per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica nella sede ospedaliera	Strutture di Oncologia medica e chirurgica; Direzioni; Strutture delle Alte Tecnologie
APPROPRIATEZZA E EFFICIENZA OPERATIVA	4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,65 (valore gen ago 2024 0,39)	Strutture di Oncologia medica e chirurgica
	4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Migliorare l'indice di performance degenza media DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore 2023 -1,42)	Strutture operative di degenza
	4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Migliorare l'indice di performance degenza media DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,80 (valore 2023 1,31)	Strutture operative di degenza
	5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	SOSD Farmacia

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI	5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	mantenimento (valore gen-set 2024 99,8%)	SOSD Farmacia
	5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all'anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% 2025 <% 2024	SOSD Farmacia
	5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥75%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15.04.2026	≥ 75% comunicazione formale alla DCS entro il 15.4.2026	SOSD Farmacia
	5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo ≥= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2024 >= 50%	<50%	SOSD Farmacia
	5.5 Farmacovigilanza	Organizzazione di almeno due eventi Aziendali accreditati ECM e finalizzati alla formazione e sensibilizzazione in ambito di farmacovigilanza.	Numero eventi di farmacovigilanza rendicontati in occasione delle riunioni semestrali di farmacovigilanza organizzate dal CRFVz 2	≥ 2	SOSD Farmacia
	5.5 Farmacovigilanza	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali presenti nell' Elenco dei Registri di monitoraggio AIFA attivi.	(SRNF2025- SRNF2024)/SRNF2024*100 ≥15% SRNF2025 ≥ 10** SRNF: segnalazioni nell'anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2024 ≤ 5	Variazione indicatore ≥ 15% SRNF2025 ≥ 10**	SOSD Farmacia
	5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2025 vs % uso 2024	Δ % >0 2025-2024	SOSD Farmacia
	5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	Δ % >0 2025-2024	SOSD Farmacia
	5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024	SOSD Farmacia; Direzioni
	5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024	SOSD Farmacia; Direzioni
	5.10 Dispositivo-vigilanza	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Ogni Ente assicura la piena attività della dispositivo-vigilanza all'interno della propria organizzazione attraverso l'individuazione dei Responsabili locali di vigilanza (RLV) e dei loro sostituti senza soluzione di continuità. Distintamente per i DM e per gli IVD nei casi previsti.	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	SOSD Farmacia; Direzioni
	5.10 Dispositivo-vigilanza	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo	SOSD Farmacia; Direzioni
5.10 Dispositivo-vigilanza	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	SOSD Farmacia; Direzioni	

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
	5.10 Dispositivo-vigilanza	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)	SOSD Farmacia; Direzioni
	5.10 Dispositivo-vigilanza	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza	al 31/12/2025	Direzioni; Strutture operative cliniche
	5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	Gli Enti danno seguito alle attività concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta che sarà allegata al verbale dell'incontro	Trasmissione ad ARCS della relazione delle attività svolte, secondo quanto riportato dal verbale della riunione precedente, entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva	SOSD Farmacia; Direzioni
	5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per punto DRG	<=10,50 € (valore gen-sett 2024: 10,56 valore 2023 10,47€)	SOSD Farmacia; Strutture di degenza
	5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo ospedaliero * * Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=4,80 € (valore gen-ott 2024: 4,89 Valore 2023 4,78€)	SOSD Farmacia; Strutture operative cliniche
	5.13 Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate	Elaborazione di documento tecnico di definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida) da parte di un Gruppo di lavoro interaziendale composto da infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti all'Ente (almeno uno per Ente) con attiva collaborazione alla elaborazione e stesura del documento tecnico	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	professionisti individuali
PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR)	8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Stesura del Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale e sua trasmissione alla DCS	entro il 31.3.2025	CAF
	8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Eventuale aggiornamento del Piano Formativo Aziendale (PFA) a seguito della pubblicazione del Piano Formativo Regionale (PFR)	entro 30 gg	CAF
	8.2.2 La Relazione annuale regionale	Relazione annuale della attività formative	I Provider regionali provvederanno alla redazione ed invio alla DCS della Relazione annuale sulle attività formative 2024	entro 15.5.2025	CAF
INVESTIMENTI	9.6.2 Programmazione 2026	Programma preliminare degli investimenti (PPI)	Adozione e trasmissione al NVISS del Programma preliminare degli investimenti completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015).	entro 30 settembre 2025	Struttura di gestione delle Tecnologie cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
	10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	1. Identificazione dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP). I RAP dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. gestione sicura del farmaco b. prevenzione e controllo delle infezioni c. prevenzione delle lesioni da pressione d. prevenzione delle cadute accidentali e. sicurezza delle cure	1. Invio alla DCS dei nominativi dei Risk Manager e dei RAP (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	SOSD Direzione Medica di Presidio

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
RISCHIO CLINICO E RETE CURE SICURE FVG	10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	2. Completamento e rafforzamento della rete Link Professional. I Link Professional dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure	2. Invio alla DCS di una relazione attestante l'organizzazione aziendale della rete dei Link Professional (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	3. Mantenimento aziendale delle attività delle linee "Prevenzione delle cadute accidentali" e "Prevenzione Lesioni da Pressione"	3. Invio alla DCS di una relazione attestante le attività svolte dall'Azienda nell'ambito dei programmi di "Prevenzione delle cadute accidentali" e di "Prevenzione delle lesioni da Pressione"	entro il 31 dicembre 2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Compilazione delle schede A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES ed effettuazione delle azioni di miglioramento	1. Compilazione delle schede A e B secondo i termini del protocollo 2024	entro i termini protocollo 2024	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Effettuazione delle azioni di miglioramento	2. Evidenza dell'attuazione delle azioni di miglioramento indicate nella scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa per i seguenti eventi: a. errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis b. morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica c. morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza d. morte o grave danno permanente in neonato sano a termine $\geq 37$ settimane) non correlata a malattie congenite	Evidenza attuazione azioni di miglioramento scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	1. Supporto alle azioni per l'implementazione del PNCAR 22-25 (vedi anche obiettivi Piano Regionale Prevenzione 21-25)	Invio alla DCS della relazione annuale, secondo il format Rete Cure Sicure, sulle attività intraprese per la prevenzione e il controllo delle infezioni (include le attività di monitoraggio e la stesura del piano di miglioramento)	entro il 31 dicembre 2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti: a. invio alla DCS dei dati entro novembre 2025	entro 30.11.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"	evidenza	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: a. inserimento dei dati 2024 entro marzo 2025	entro 31.3.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"	evidenza	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: c. attivazione della sorveglianza 2025 (settembre-novembre)	attivazione sorveglianza (settembre-novembre)	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: a. punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente	punteggio $\geq 6$ matrice prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento $\geq 2$ rispetto 2023	SOSD Direzione Medica di Presidio

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: b. invio semestrale alla DCS degli indicatori 1, 2, 3 e 4 della matrice IPC	invio semestrale indicatori 1,2,3 e 4 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: b. invio annuale degli indicatori 6 e 7 della matrice IPC	invio annuale indicatori 6 e 7 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	7. Prevenzione della Scabbia nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	Invio alla DCS di una relazione attestante l'adozione e la diffusione dei protocolli operativi di prevenzione e controllo delle infestazioni da Scroptes scabiei nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	entro il 31.12.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	5. Partecipazione del Risk Manager aziendale al tavolo "Cabina di Regia" per l'integrazione con le strutture residenziali per non autosufficienti	5. Evidenza della partecipazione del Risk Manager al tavolo secondo le indicazioni della Rete Cure Sicure	evidenza partecipazione	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Gestione sicura del farmaco	1. Prescrizione dei farmaci inibitori di pompa protonica	1. Presenza nell'80% delle lettere di dimissione ospedaliera di specifiche indicazioni sulla durata della terapia con PPI	specifiche almeno 80% delle lettere di dimissione	Strutture di degenza
	10.1 Global Trigger Tool	Rilevazione dei dati secondo le indicazioni dello strumento Global Trigger Tool	Invio dei dati riferiti a 120 cartelle di dimissione	entro il 31.12.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Indicatori AHRQ	Condivisione dei dati aziendali	Evidenza delle modalità di condivisione dei dati con le SOC interessate	entro il 31.12.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Violenza sull'operatore	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell'operatore	1. Evidenza della partecipazione ai lavori del gruppo multidisciplinare individuato dall'Azienda	evidenza partecipazione	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Violenza sull'operatore	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell'operatore	2. Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza alla DCS	entro il 10.1.2025	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Predisposizione e analisi dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sulla gestione del rischio clinico secondo le indicazioni regionali Gli obiettivi sono assegnati a tutti gli Enti	Pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sull'attività di gestione del rischio clinico (secondo il format Rete Cure Sicure)	entro 31.3.2025	SOSI Gestione del Personale; SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.1 Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey Agenas	Compilazione della survey entro i tempi previsti da Agenas	entro i tempi previsti	SOSD Direzione Medica di Presidio
	10.2 Accredimento	Gli enti del SSR consentono ai propri referenti della qualità e dell'accredimento, componenti dell'OTA, di reclutare i dipendenti appartenenti alle aree professionali individuate dall'OTA per coprire le esigenze connesse alle verifiche dell'accredimento e che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il per-corso per diventare valutatore dell'accredimento.	Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti).	Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento	Direzioni
	10.2 Accredimento	Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	Evidenza autorizzazione da parte dell'azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista.	Gli enti autorizzano l'80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base	Direzioni
	10.2 Accredimento	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accredimento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.	Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA).	Direzioni

**PRINCIPALI PROGETTUALITÀ REGIONALI CON COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO - ANNO 2025**

Area strategica	Linea	Obiettivo	Indicatore	Target CRO	Strutture/Servizi coinvolti
ACCREDITAMENTO	10.2 Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Messa a disposizione dei profili richiesti.	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero di giornate di partecipazione del singolo valutatore ad attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas/ giorni totali richieste da Ministero Salute e AGENAS	Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Direzioni
	10.2 Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Direzioni
ATTIVITÀ DI RICERCA E INNOVAZIONE	11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	A	Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell'arte degli studi attivi nelle AS e IRCCS regionali	invio trimestrale ad ARCS	Direzione scientifica
	11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	C	Gli enti del SSR, organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato	entro il 30.06.2025	Direzione scientifica
	11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	C	Gli enti del SSR, adottano regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare	entro 31.10.2025	Direzione scientifica

## ALTRI OBIETTIVI AZIENDALI - ANNO 2025

### PROGETTUALITÀ PER LA GESTIONE AZIENDALE

Obiettivi di prevenzione della corruzione e attuare i differenti livelli di trasparenza. Per il dettaglio si rinvia all'allegato "Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza anno 2025".

Obiettivi correlati ai volumi di attività assistenziale.

Accessibilità al percorso outpatient finalizzato al miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

Mantenimento e sviluppo dei percorsi di accreditamento/certificazione nazionali ed internazionali.

Implementazione e rafforzamento dei Team Multidisciplinari.

Progettualità in collaborazione tra CRO-ASFO. Attività chirurgica: ottimizzazione delle ore di sala operatoria.

Progettualità in collaborazione tra CRO-ASFO. Attività di laboratorio: definizione delle modalità di distribuzione ed erogazione delle prestazioni di medicina di laboratorio.

Progettualità in collaborazione tra CRO-ASFO. Dipartimenti interaziendali: valutazione della possibilità di istituire dei dipartimenti interaziendali correlati ai gruppi multidisciplinari (radiologia, anestesia, malattie dell'apparato dirigente, ecc.).

Obiettivi correlati ai volumi dell'attività di ricerca.

Governo della spesa dei prodotti sanitari e appropriatezza del consumo di farmaci e di dispositivi medici.

Promuovere la formazione del personale come compito istituzionale finalizzato alla crescita delle competenze professionali e creazione di valore aggiunto per l'Istituto.



# PIAO 2025-2027

Allegato 2

Rischi corruttivi e Trasparenza anno 2025



## Indice

### 1 Sommario

1. FINALITÀ.....	3
2. PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA: SOGGETTI COINVOLTI .	5
3. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	7
4. ANALISI DEL CONTESTO .....	7
4.1. CONTESTO ESTERNO.....	7
4.2. IL CONTESTO INTERNO .....	8
5. MAPPATURA DEI PROCESSI.....	9
6. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	10
6.1. L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO.....	10
6.2. L'ANALISI DEL RISCHIO .....	11
6.3. LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO .....	12
7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE.....	13
7.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI.....	14
7.1.A CODICE DI COMPORTAMENTO.....	14
7.1.B CONFLITTO DI INTERESSE.....	15
7.1.C IL CONFLITTO DI INTERESSE NEL SETTORE APPALTI PUBBLICI.....	16
7.1.D INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI .....	17
7.1.E ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	18
7.1.F INCONFERIBILITA' – INCOMPATIBILITA' INCARICHI DIRIGENZIALI .....	19
7.1. G DIVIETI POST EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE) .....	20
7.1.H TUTELA DEL WHISTLEBLOWER.....	21
7.1. I FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	23
7.2. MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE .....	24
8. TRASPARENZA.....	25
8.1. INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	26
8.2. TRASPARENZA E APPALTI .....	26
8.3. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA .....	27
8.4. TIPOLOGIE DI ACCESSO.....	28
8.5. AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER IL TRIENNIO 2025-2027 .....	29
9. ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE.....	30

## 1. FINALITÀ

Il presente documento si prefigge di pianificare e programmare azioni ed interventi per contrastare il fenomeno dell'illegalità e prevenire i fenomeni corruttivi attraverso un contesto orientato ai valori della trasparenza, dell'integrità e dell'etica ed un percorso di cambiamento culturale che ponga al centro di ogni azione e decisione amministrativa l'obiettivo della qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle relazioni tra l'IRCCS Cro di Aviano e i pazienti, nonché con il Cro e il mondo della ricerca. Il documento ha tenuto conto, secondo quanto previsto dalla Legge 06.11.2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) e dai Piani Nazionale Anticorruzione (PNA) approvati nel corso degli anni dall'Autorità Nazionale Anticorruzione adattandolo al proprio contesto.

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. 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.

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

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

La locuzione di "**conflitto di interessi**" (Cdl) 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 Cdl 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 Cdl. 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.

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.

Poiché ogni amministrazione presenta propri differenti livelli e fattori abilitanti al rischio corruttivo in ragione delle specificità ordinarie e dimensionali, nonché del contesto territoriale, sociale, economico, culturale e organizzativo, l'elaborazione della sezione tiene conto di tali fattori di contesto, delle caratteristiche dell'azienda e degli esiti del monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione.

In linea con gli indirizzi nazionali, gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, le linee strategiche per l'attuazione del PNRR, gli obiettivi di prevenzione della corruzione, quale aggiornamento 2024, sono orientati a:

- 1) aumentare la consapevolezza dei professionisti della salute e tutti coloro che operano nell'Azienda nell'identificare e riconoscere le situazioni di illegalità, di frode, di rischio corruttivo e conflitto d'interessi per favorire l'assunzione di comportamenti integri, etici e di disvalore delle situazioni corruttive;
- 2) contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e favorevole alla cultura dell'integrità, potenziando, attraverso la formazione, la capacità dei dirigenti di individuare e gestire le situazioni di

conflitto d'interessi, anche potenziali e percepiti, per ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;

3) potenziare la fase di monitoraggio e dei controlli per l'effettivo utilizzo degli esiti del monitoraggio per la programmazione successiva delle misure di prevenzione e l'adeguamento progressivo agli obiettivi del PIAO triennale aziendale;

4) proseguire nel miglioramento dei livelli di trasparenza, accessibilità del sito web alle informazioni sullo stato di avanzamento progetti PNRR;

5) migliorare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente per implementare chiarezza, accessibilità e conoscibilità dei dati anche tenuto conto delle indicazioni di ANAC 2023 relativamente alla sottosezione Bandi di gara e contratti, alla luce della nuova digitalizzazione e dell'attuazione del PNRR;

6) incentivare la partecipazione dei dipendenti alla formazione in materia di prevenzione della corruzione, antiriciclaggio, della trasparenza e della privacy.

## **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 inconfiribilità 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 stakeholders: 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](mailto: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](mailto: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 Gislon
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 del "risk management".

### 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.

### 4. 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.

#### 4.1. 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 2024:

[Banca d'Italia - N. 28 - L'economia del Friuli Venezia Giulia](#)

- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2024:

[Copertina Regione in cifre 2024 2](#)

- 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:

[Relazione annuale 2024 - www.anticorruzione.it](#)

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 (ca 850 unità) 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, 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.

## **4.2. 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.

### **4.2.1. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

La denominazione dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – IRCCS". Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed ente del Servizio sanitario nazionale a rilevanza nazionale. Il CRO di Aviano 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 di Aviano 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 di Aviano 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 familiari 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 ed organizzativo dell'Ente è descritto nel testo del PIAO.

## **5. 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, il cui esito è riportato nell'allegato A:

- Approvvigionamenti Economato e Logistica;
- Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche;
- Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane;
- Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Centro Attività Formative;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Scientifica.

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.

Nel corso del 2025 sarà avviata una formazione sul campo rivolta agli operatori coinvolti nella gestione di alcuni processi che la Direzione strategica ha ritenuto critici (per il 2025: gestione sperimentazioni cliniche e gestione libera professione). L'intervento coinvolgerà figure amministrative e sanitarie, a prescindere dalla loro posizione apicale, secondo una logica di continuità ed efficienza operativa all'interno del processo complessivo aziendale, anziché della singola Struttura operativa. L'obiettivo di fondo è che se gli operatori che hanno contatto diretto con il processo conoscono gli standard operativi e i punti di rischi/controllo, possono essere più efficaci nell'intercettazione del rischio corruttivo potenziale. La gestione condivisa del processo consentirà anche di ottimizzare i flussi operativi a vantaggio degli esiti del procedimento, sia in termini quantitativi (minor tempo) che in termini qualitativi (miglioramento continuo).

## **6. 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.

### **6.1. 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 e nel corso del 2025, la dimensione di analisi coinvolgerà il livello operativo intra e inter-entità organizzativa.

## **6.2. 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 essere 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). Ogni anno i processi valutati vengono sottoposti alla rivalutazione da parte del *Process owner*, che ne confermano i modificano il livello di rischio grezzo e quello mitigato dalle azioni identificate per l’anno in corso.

### **6.3. 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.

## 7. 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 misure 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 scadenziata 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.

## **7.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI**

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

### **7.1.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.

## 7.1.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.

### 7.1.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 2025 sarà adottato tale regolamento per le gare effettuate dall'Istituto; questo consentirà di avere uno strumento operativo ed omogeneo per la valutazione del conflitto di interessi.

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 appartenenza.

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.

#### **7.1.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.

### **7.1.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.

### 7.1.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.

### **7.1. 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 preconstituirsì 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.

### **7.1.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](mailto: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.

### **7.1. 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.

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.

## **7.2. 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;

- o raccolta delle segnalazioni rivolte all'Istituto;
- o raccolta di proposte e suggerimenti per adeguare e migliorare la qualità dei servizi;
- o 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.
- Approvazione regolamento in materia di incompatibilità e di svolgimento di incarichi extraistituzionali dei dipendenti dell'IRCCS CRO di Aviano.

## 8. 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 tutelandoli 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 B.



La correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni riportate sul sito aziendale è affidata a ciascuna delle strutture detentrici dei dati, ovvero al *process owner*.

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 B 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.

## **8.1. 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 2025, prevedranno, 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.

## **8.2. 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.

### **8.3. 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.

Nel corso del 2025 sarà organizzato un corso di formazione/azione che, a fronte di una prima fase di formazione tematica su specifiche sottosezioni di Amministrazione trasparente, prevede una fase di tutoring a distanza da parte del formatore, per l'aggiornamento e verifica delle informazioni pubblicate.

#### **8.4. 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".

## 8.5. AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER IL TRIENNIO 2025-2027

Nel corso dell'anno 2025 si prevedono quali obiettivi correlati al ciclo della performance:

	Dimensione di Valutazione	Obiettivo	Indicatore	Strutture	Target		
					2025	2026	2027
Prevenzione della corruzione, Integrità e trasparenza	Processo	Standardizzare i processi aziendali per processi ad alto rischio, che necessitano dell'integrazione operativa fra più uffici e che coinvolgono sia la componente tecnico-amministrativa, che sanitaria.	Presenza delle procedure	Tutte le Strutture amministrative e sanitarie coinvolte nel processo, dal momento della painificazione al momento della liquidazione dei corrispettivi.	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure
		Migliorare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente per implementare chiarezza, accessibilità e conoscibilità dei dati	Monitoraggi campionari trimestrali	Tutte le Strutture che sono titolari di informazioni da pubblicare	3 monitoraggi	4 monitoraggi	4 monitoraggi
	Compliance	Adesione alle procedure di approvvigionamento centralizzate	% acquisti derivanti da procedure centralizzate	Strutture sanitarie	Incremento	Incremento	Incremento
	Risorse	Revisione del catalogo formativo aziendale, inserendo una linea formativa stabile per i neoassunti	% neoassunti formati	Formazione RPCT Gestione Risorse Umane	100%	100%	100%

## 9. ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE

### Allegato A - Contesto interno: Mappatura dei Processi e Valutazioni Rischi

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo 5 - La mappatura dei processi aziendale e 6 - La valutazione del rischio. La Mappatura dei processi e la correlata valutazione complessiva del è declinata nell'Allegato A, cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

### Allegato B - Trasparenza

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo 8 - Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione: la trasparenza come sezione del PTPCT, le misure specifiche di trasparenza.

L'Elenco degli obblighi di pubblicazione con indicazione dei responsabili della individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione delle singole informazioni sul sito Amministrazione Trasparente nonché dei tempi di aggiornamento è declinato nell'Allegato B cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

### Appendice: Strumenti condivisi per l'integrità e la trasparenza

<a href="#">Amministrazione trasparente - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Spazio dedicato all'Amministrazione Trasparente
<a href="#">Accesso civico - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Spazio dedicato all'Accesso alla documentazione in possesso dell'Azienda
<a href="#">Codice di comportamento del personale - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	
<a href="#">Prevenzione della corruzione - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Link alla pagina del Whistleblowing
<a href="https://www.cro.it/it/amministrazione-trasparente/16_servizi_erogati/liste_di_attesa.html">https://www.cro.it/it/amministrazione-trasparente/16_servizi_erogati/liste_di_attesa.html</a>	Link alla pagina dei tempi di attesa
<a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (1) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a> <a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (2) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a> <a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (3) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Link ai regolamenti aziendali

ALLEGATO A  
Sottosezione  
Rischi corruttivi e Trasparenza

Mappatura dei Processi e Valutazioni Rischi

## Indice

### 1 Sommario

1. FINALITÀ.....	3
2. PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA: SOGGETTI COINVOLTI ....	5
3. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	7
4. ANALISI DEL CONTESTO .....	7
4.1. CONTESTO ESTERNO .....	7
4.2. IL CONTESTO INTERNO .....	8
5. MAPPATURA DEI PROCESSI.....	9
6. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO .....	10
6.1. L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO.....	10
6.2. L'ANALISI DEL RISCHIO.....	11
6.3. LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO .....	12
7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE.....	13
7.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI.....	14
7.1.A CODICE DI COMPORTAMENTO.....	14
7.1.B CONFLITTO DI INTERESSE .....	15
7.1.C IL CONFLITTO DI INTERESSE NEL SETTORE APPALTI PUBBLICI .....	16
7.1.D INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI .....	17
7.1.E ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	18
7.1.F INCONFERIBILITA' – INCOMPATIBILITA' INCARICHI DIRIGENZIALI .....	19
7.1. G DIVIETI POST EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE) .....	20
7.1.H TUTELA DEL WHISTLEBLOWER.....	21
7.1. I FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	23
7.2. MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE .....	24
8. TRASPARENZA .....	25
8.1. INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	26
8.2. TRASPARENZA E APPALTI.....	26
8.3. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA .....	27
8.4. TIPOLOGIE DI ACCESSO.....	28
8.5. AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER IL TRIENNIO 2025-2027 .....	29
9. ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE.....	30

## 1. FINALITÀ

Il presente documento si prefigge di pianificare e programmare azioni ed interventi per contrastare il fenomeno dell'illegalità e prevenire i fenomeni corruttivi attraverso un contesto orientato ai valori della trasparenza, dell'integrità e dell'etica ed un percorso di cambiamento culturale che ponga al centro di ogni azione e decisione amministrativa l'obiettivo della qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle relazioni tra l'IRCCS Cro di Aviano e i pazienti, nonché con il Cro e il mondo della ricerca. Il documento ha tenuto conto, secondo quanto previsto dalla Legge 06.11.2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) e dai Piani Nazionale Anticorruzione (PNA) approvati nel corso degli anni dall'Autorità Nazionale Anticorruzione adattandolo al proprio contesto.

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. 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.

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

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.

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.

Poiché ogni amministrazione presenta propri differenti livelli e fattori abilitanti al rischio corruttivo in ragione delle specificità ordinarie e dimensionali, nonché del contesto territoriale, sociale, economico, culturale e organizzativo, l'elaborazione della sezione tiene conto di tali fattori di contesto, delle caratteristiche dell'azienda e degli esiti del monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione.

In linea con gli indirizzi nazionali, gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, le linee strategiche per l'attuazione del PNRR, gli obiettivi di prevenzione della corruzione, quale aggiornamento 2024, sono orientati a:

- 1) aumentare la consapevolezza dei professionisti della salute e tutti coloro che operano nell'Azienda nell'identificare e riconoscere le situazioni di illegalità, di frode, di rischio corruttivo e conflitto d'interessi per favorire l'assunzione di comportamenti integri, etici e di disvalore delle situazioni corruttive;
- 2) contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e favorevole alla cultura dell'integrità, potenziando, attraverso la formazione, la capacità dei dirigenti di individuare e gestire le situazioni di

conflitto d'interessi, anche potenziali e percepiti, per ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;

3) potenziare la fase di monitoraggio e dei controlli per l'effettivo utilizzo degli esiti del monitoraggio per la programmazione successiva delle misure di prevenzione e l'adeguamento progressivo agli obiettivi del PIAO triennale aziendale;

4) proseguire nel miglioramento dei livelli di trasparenza, accessibilità del sito web alle informazioni sullo stato di avanzamento progetti PNRR;

5) migliorare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente per implementare chiarezza, accessibilità e conoscibilità dei dati anche tenuto conto delle indicazioni di ANAC 2023 relativamente alla sottosezione Bandi di gara e contratti, alla luce della nuova digitalizzazione e dell'attuazione del PNRR;

6) incentivare la partecipazione dei dipendenti alla formazione in materia di prevenzione della corruzione, antiriciclaggio, della trasparenza e della privacy.

## **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 inconfiribilità 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 stakeholders: 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](mailto: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](mailto: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 Gislon
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 del "risk management".

### 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.

### 4. 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.

#### 4.1. 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 2024:

[Banca d'Italia - N. 28 - L'economia del Friuli Venezia Giulia](#)

- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2024:

[Copertina Regione in cifre 2024 2](#)

- 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:

[Relazione annuale 2024 - www.anticorruzione.it](#)

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 (ca 850 unità) 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, 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.

## **4.2. 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.

### **4.2.1. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

La denominazione dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – IRCCS". Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed ente del Servizio sanitario nazionale a rilevanza nazionale. Il CRO di Aviano 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 di Aviano 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 di Aviano 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 familiari 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 ed organizzativo dell'Ente è descritto nel testo del PIAO.

## **5. 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, il cui esito è riportato nell'allegato A:

- Approvvigionamenti Economato e Logistica;
- Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche;
- Legale, Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane;
- Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Centro Attività Formative;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Scientifica.

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.

Nel corso del 2025 sarà avviata una formazione sul campo rivolta agli operatori coinvolti nella gestione di alcuni processi che la Direzione strategica ha ritenuto critici (per il 2025: gestione sperimentazioni cliniche e gestione libera professione). L'intervento coinvolgerà figure amministrative e sanitarie, a prescindere dalla loro posizione apicale, secondo una logica di continuità ed efficienza operativa all'interno del processo complessivo aziendale, anziché della singola Struttura operativa. L'obiettivo di fondo è che se gli operatori che hanno contatto diretto con il processo conoscono gli standard operativi e i punti di rischi/controllo, possono essere più efficaci nell'intercettazione del rischio corruttivo potenziale. La gestione condivisa del processo consentirà anche di ottimizzare i flussi operativi a vantaggio degli esiti del procedimento, sia in termini quantitativi (minor tempo) che in termini qualitativi (miglioramento continuo).

## **6. 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.

### **6.1. 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 e nel corso del 2025, la dimensione di analisi coinvolgerà il livello operativo intra e inter-entità organizzativa.

## **6.2. 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 essere 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). Ogni anno i processi valutati vengono sottoposti alla rivalutazione da parte del *Process owner*, che ne confermano i modificano il livello di rischio grezzo e quello mitigato dalle azioni identificate per l’anno in corso.

### **6.3. 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.

## 7. 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 misure 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 scadenziata 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.

## **7.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI**

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

### **7.1.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.

## 7.1.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.

### 7.1.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 2025 sarà adottato tale regolamento per le gare effettuate dall'Istituto; questo consentirà di avere uno strumento operativo ed omogeneo per la valutazione del conflitto di interessi.

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 appartenenza.

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.

### **7.1.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.

### **7.1.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.

### 7.1.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.

### **7.1. 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 preconstituirsì 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.

### **7.1.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](mailto: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.

### 7.1. 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.

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.

## **7.2. 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.
- Approvazione regolamento in materia di incompatibilità e di svolgimento di incarichi extraistituzionali dei dipendenti dell'IRCCS CRO di Aviano.

## 8. 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 tutelandoli 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 B.

La correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni riportate sul sito aziendale è affidata a ciascuna delle strutture detentrici dei dati, ovvero al *process owner*.

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 B 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.

## **8.1. 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 2025, prevedranno, 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.

## **8.2. 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.

### **8.3. 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.

Nel corso del 2025 sarà organizzato un corso di formazione/azione che, a fronte di una prima fase di formazione tematica su specifiche sottosezioni di Amministrazione trasparente, prevede una fase di tutoring a distanza da parte del formatore, per l'aggiornamento e verifica delle informazioni pubblicate.

#### **8.4. 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".

## 8.5. AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER IL TRIENNIO 2025-2027

Nel corso dell'anno 2025 si prevedono quali obiettivi correlati al ciclo della performance:

	Dimensione di Valutazione	Obiettivo	Indicatore	Strutture	Target		
					2025	2026	2027
Prevenzione della corruzione, Integrità e trasparenza	Processo	Standardizzare i processi aziendali per processi ad alto rischio, che necessitano dell'integrazione operativa fra più uffici e che coinvolgono sia la componente tecnico-amministrativa, che sanitaria.	Presenza delle procedure	Tutte le Strutture amministrative e sanitarie coinvolte nel processo, dal momento della painificazione al momento della liquidazione dei corrispettivi.	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure
		Migliorare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente per implementare chiarezza, accessibilità e conoscibilità dei dati	Monitoraggi campionari trimestrali	Tutte le Strutture che sono titolari di informazioni da pubblicare	3 monitoraggi	4 monitoraggi	4 monitoraggi
	Compliance	Adesione alle procedure di approvvigionamento centralizzate	% acquisti derivanti da procedure centralizzate	Strutture sanitarie	Incremento	Incremento	Incremento
	Risorse	Revisione del catalogo formativo aziendale, inserendo una linea formativa stabile per i neoassunti	% neoassunti formati	Formazione RPCT Gestione Risorse Umane	100%	100%	100%

## 9. ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE

### Allegato A - Contesto interno: Mappatura dei Processi e Valutazioni Rischi

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo 5 - La mappatura dei processi aziendale e 6 - La valutazione del rischio. La Mappatura dei processi e la correlata valutazione complessiva del è declinata nell'Allegato A, cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

### Allegato B - Trasparenza

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo 8 - Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione: la trasparenza come sezione del PTPCT, le misure specifiche di trasparenza.

L'Elenco degli obblighi di pubblicazione con indicazione dei responsabili della individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione delle singole informazioni sul sito Amministrazione Trasparente nonché dei tempi di aggiornamento è declinato nell'Allegato B cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

### Appendice: Strumenti condivisi per l'integrità e la trasparenza

<a href="#">Amministrazione trasparente - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Spazio dedicato all'Amministrazione Trasparente
<a href="#">Accesso civico - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Spazio dedicato all'Accesso alla documentazione in possesso dell'Azienda
<a href="#">Codice di comportamento del personale - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	
<a href="#">Prevenzione della corruzione - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Link alla pagina del Whistleblowing
<a href="https://www.cro.it/it/amministrazione-trasparente/16_servizi_erogati/liste_di_attesa.html">https://www.cro.it/it/amministrazione-trasparente/16_servizi_erogati/liste_di_attesa.html</a>	Link alla pagina dei tempi di attesa
<a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (1) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a> <a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (2) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a> <a href="#">Regolamenti e circolari aziendali (3) - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano</a>	Link ai regolamenti aziendali

ALLEGATO A  
Sottosezione  
Rischi corruttivi e Trasparenza

Mappatura dei Processi e Valutazioni Rischi

**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.				
	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	Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>n.d.</p>	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	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
		<p>grado di discrezionalità del decisore interno</p> <p>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.</p>					
2	Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>n.d.</p>	ALTO	Collegare il piano degli acquisti al piano delle performance	Rischio trattato	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>I) Formazione</p>
		<p>grado di discrezionalità del decisore interno</p> <p>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.</p>					
3	Consultazioni stakeholders	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	<p>Livello di interesse esterno</p> <p>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.</p>	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	<p>A) Trasparenza</p> <p>B) Codice di comportamento</p> <p>D) Conflitto di interessi</p> <p>I) Formazione</p>
		<p>grado di discrezionalità del decisore interno</p>					

**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	Livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	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
		Livello di interesse esterno	grado di discrezionalità del decisore interno	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 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 approvvigionamento 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	



**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	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
		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	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 su 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 SERVIZI E FORNITURE**

**FASE 3: SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Selezione del contraente.

Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica

ATTIVITA' FASE 3	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	

**PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE**

**FASE 3: SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Selezione del contraente.

Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica

ATTIVITA' FASE 3	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	
5	alterazione o sottrazione della documentazione di gara	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
	mancanza di garanzia di pubblicità sedute	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Comunicazione delle date delle sedute alle ditte e dei verbali Per ciascuna procedura di gara tenere nel fascicolo l'elenco delle attività e dare evidenza della data di espletamento delle medesime	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
6	aggiudicazione	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	Predefinizione puntuale dei criteri di aggiudicazione nella documentazione di gara .Utilizzazione di modelli (predefiniti dalla Stazione Appaltante ed ANAC) conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto)	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
7	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerte	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	documentare l'istruttoria in ordine alla 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 SERVIZI E FORNITURE**

**FASE 4: STIPULA CONTRATTO**

La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario.

ATTIVITA' FASE 4	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	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
2	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di apposita procedura interna relativa alle pubblicazioni trasparenza, anticorruzione e codice contratti pubblici con previsione anche delle comunicazioni da inviare.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
3	la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di un termine standard di aggiudicazione e stipula. Utilizzo del Piano Approvvigionamenti e periodici monitoraggi dai quali risultino i motivi dell'eventuale ritardo, rispetto ai tempi standard nella aggiudicazione e/o stipula contratto	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

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

**PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE**

**FASE 5: ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

Momento in cui l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto.

ATTIVITA' FASE 5	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	approvazione di modifiche del contratto originario	approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo, forma) definiti nel bando di gara che, se previsti sin dall'inizio, avrebbero ampliato il bacino di concorrenti.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	Le modifiche sostanziali vanno approvate con Provvedimento	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
2	verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza;	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, in particolare del rispetto del D.U.V.R.I.;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
3	autorizzazione al subappalto	mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	Introduzione ed uso di Check list dei controlli sul subappaltatore;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
4	verifiche in corso di esecuzione	mancato monitoraggio del contratto ed elusione delle penali	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	previsione di report di monitoraggio dell'esecuzione sulla base di quanto previsto dal Capitolato	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
5	apposizione di riserve	apposizione di riserve generiche che eccedono l'importo consentito dalla legge o apposizione di riserve fuori dai casi consentiti dalla legge	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	attivare una ripartizione dei livelli di responsabilità: proposta del DEC al Rup che con un controllo di secondo livello valida	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
6	gestione delle controversie	ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	MEDIO	attivare una ripartizione dei livelli di responsabilità per approvazione accordi bonari e delle transazioni proposta del DEC al Rup che con un controllo di secondo livello valida	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
7	effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell'applicativo contabile relativi ai CIG	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
8	ammissione delle varianti	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	MEDIO	Proposta del Dec al Rup per adozione di Delibera	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

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			
					AZIONI DA INTRAPRENDERE	PRIORITA' NEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	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	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	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	MEDIO	Publicazione 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.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento I) Formazione
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)	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	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.	MEDIO	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	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
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.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	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.	MEDIO	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)	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
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	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	MEDIO	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	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
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	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	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.	MEDIO	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	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

**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	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	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



**PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI CONTRATTI DI LAVORI**

**FASE 2: SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Selezione del contraente.

Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica

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		
1	pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	L'assenza di pubblicità del bando, almeno nelle fattispecie in cui la predisposizione dello stesso risulta obbligatoria, riduce la platea dei potenziali fornitori a vantaggio di pochi o, addirittura di uno solo. Gli stessi risultati negativi si possono verificare quando al bando non è data sufficiente pubblicità a causa di una eccessiva compressione dei tempi della pubblicazione.	ALTO	Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi
2	fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	ALTO	Utilizzo della piattaforma telematica per tutte le procedure di gara. La concessione della proroga deve essere valutata almeno dal RUP (oppure dal soggetto richiedente la fornitura/servizio, qualora diverso dal RUP) e dal Dirigente della SOC. La motivazione della proroga deve rientrare nei presupposti indicati dalla normativa (art. 79 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.) e deve essere inserita nel fascicolo di gara.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi
3	gestione ricezione offerte	Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni commerciali coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	ALTO	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi
4	determinazione dell'importo del contratto	mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina commissione es. formalizzazione della nomina prima del termine di scadenza per la presentazione delle offerte	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	ALTO	Procedura aziendale sulla nomina delle commissioni	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		nomina di commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni in ordine all'assenza di conflitto di interesse e possesso dei requisiti anche tramite presentazione dei curricula. Controllo in merito alla veridicità delle dichiarazioni presentate dai commissari.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

**PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI CONTRATTI DI LAVORI**

**FASE 2: SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Selezione del contraente.

Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica

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	
5	alterazione o sottrazione della documentazione di gara	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
	mancanza di garanzia di pubblicità sedute	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Comunicazione delle date delle sedute alle ditte e dei verbali Per ciascuna procedura di gara tenere nel fascicolo l'elenco delle attività e dare evidenza della data di espletamento delle medesime	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
6	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito e attribuzione dei punteggi discrezionali non suffragata da criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Predefinizione puntuale dei criteri di aggiudicazione nella documentazione di gara . 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)	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
		grado di discrezionalità del decisore interno					
7	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerte	accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	documentare l'istruttoria in ordine alla 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 CONTRATTI DI LAVORI**

**FASE 3: STIPULA CONTRATTO**

La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario.

ATTIVITA' FASE 3	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	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
2	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di apposita procedura interna relativa alle pubblicazioni trasparenza, anticorruzione e codice contratti pubblici con previsione anche delle comunicazioni da inviare.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
			grado di discrezionalità del decisore interno					
3	la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.	Livello di interesse esterno	Descrizione rischio esaustiva	BASSO	Introduzione di un termine standard di aggiudicazione e stipula. Utilizzo del Piano Approvvigionamenti e periodici monitoraggi dai quali risultino i motivi dell'eventuale ritardo, rispetto ai tempi standard nella aggiudicazione e/o stipula contratto	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 CONTRATTI DI LAVORI**

**FASE 4: ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

Momento in cui l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto.

ATTIVITA' FASE 4	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	approvazione di modifiche del contratto originario	approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo, forma) definiti nel bando di gara che, se previsti sin dall'inizio, avrebbero ampliato il bacino di concorrenti.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	Le modifiche sostanziali vanno approvate con adeguato Provvedimento	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
2	verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza;	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, dell'attività del Coordinatore per la Sicurezza in fase di Progettazione ed Esecuzione, con riferimento ai documenti Piano di Sicurezza e Coordinamento o del D.U.V.R.I.;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
3	autorizzazione al subappalto	mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	Introduzione ed uso di Check list dei controlli sul subappaltatore;	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
4	verifiche in corso di esecuzione	mancato monitoraggio del contratto ed elusione delle penali	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	previsione di report di monitoraggio dell'esecuzione sulla base di quanto previsto dal Capitolato	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
5	apposizione di riserve	apposizione di riserve generiche che eccedono l'importo consentito dalla legge o apposizione di riserve fuori dai casi consentiti dalla legge	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	attivare una ripartizione dei livelli di responsabilità: proposta del Direttore dei Lavori o DEC al Rup che con un controllo di scondo livello valida	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
6	gestione delle controversie	ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	MEDIO	attivare una ripartizione dei livelli di responsabilità per approvazione accordi bonari e delle transazioni proposta del Direttore dei Lavori o DEC al Rup che con un controllo di scondo livello valida	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
7	effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	BASSO	utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell'applicativo contabile relativi ai CIG	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

**PROCESSO: AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI CONTRATTI DI LAVORI**

**FASE 4: ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

Momento in cui l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto.

ATTIVITA' FASE 4	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		
8	ammissione delle varianti	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	MEDIO	Proposta del Direttore dei Lavori o Dec al Rup per adozione di Delibera	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione
9	fine lavori e collaudo	Negligenza/colpa da parte del D.L. nel controllo delle certificazioni di prova sui materiali e posa in opera, nonché le relative certificazioni di qualità e delle scritture contabili finali; negligenza o colpa nello svolgimento dell'incarico di collaudo; mancato rispetto dei termini previsti dal CSA nella emissione del certificato di collaudo/fine lavori.; false attestazioni nei collaudi e verifiche finali.	Livello di interesse esterno grado di discrezionalità del decisore interno	Obblighi normativi stringenti	MEDIO	Formazione specialistica del personale tecnico-amministrativo su tematiche attinenti la fase di conclusione del collaudo; adeguata pubblicizzazione e verbalizzazione delle fasi della procedura; acquisizione didichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, cause di incompatibilità ed inconfiribilità.	Rischio trattato	A) Trasparenza B) Codice di comportamento D) Conflitto di interessi I) Formazione

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	MEDIO	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

**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 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
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

**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
<b>Gestione presenze assenze</b>	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	BASSO	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
--------------------	---	---	-------	--	-------

<b>Gestione ciclo attivo</b>						
<b>PROCEDURA</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>RISCHIO/RESPONSABILITA'</b>	<b>PROCEDURE DI CONTROLLO</b>	<b>TRATTAMENTO: TEMPI E METODI</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<b>OPERATORI COINVOLTI</b>
<b>FLUSSI ATTIVI BANCA</b>	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		

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
<b>INCASSI C/CORRENTE POSTALE</b>	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
<b>FATTURE ATTIVE</b>	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
<b>GESTIONE DEL CREDITO</b>	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				

<b>Gestione ciclo passivo</b>						
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TRATTAMENTO: TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	OPERATORI COINVOLTI
<b>BANCA DATI FORNITORI</b>	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			
<b>REGISTRAZIONE FATTURE PASSIVE</b>	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			
<b>REGISTRAZIONE ALTRI DOCUMENTI PASSIVI</b>	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			
<b>GESTIONE DEBITO</b>	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
<b>GESTIONE PAGAMENTI</b>	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			
<b>REGISTRAZIONE EMOLUMENTI STIPENDIALI E RIVERSAMENTO ONERI RIFLESSI</b>	1.Ricevimento flussi dati da servizi aziendali 2.Gestione flusso verso Tesoriere	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.Corretta contabilizzazione	2.Quadratura flussi contabili e stipendiali			
		3.Gestione scadenziario di emolumenti e oneri riflessi	3.Suddivisione compiti			
		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
<b>CONTROLLO TIPOLOGIE DI SPESE</b>	Verifica rispondenza spese sostenute da parte dei cassieri economali 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			
<b>REINTEGRO DOTAZIONI ECONOMALI</b>	Disposizione bonifici per reintegro dotazione economale	1.Ricostituzione dotazioni economali 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
	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 mandataria 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

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	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

ALLEGATO B  
Sottosezione  
Rischi corruttivi e Trasparenza

“Amministrazione trasparente – Elenco degli  
obblighi di pubblicazione”

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente responsabile dell'aggiornamento	
Disposizioni generali	<a href="#">Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</a>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	<a href="#">Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)</a>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	
	<a href="#">Atti generali</a>		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
			Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
			Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
			Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Temporaneo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	
			Codice di comportamento personale			Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	
	<a href="#">Oneri informativi per cittadini e imprese</a>	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Temporaneo	<b>NON APPLICABILE</b>	
	Burocrazia zero	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2017	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2017</b>	
		Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2017	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2017</b>	
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessaria l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)				
Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso))	Annuale	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1, bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso))	Annuale	<b>NON APPLICABILE</b>			

	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 443/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 443/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	NON APPLICABILE
	Art. 14, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 443/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NON APPLICABILE
<a href="#">Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</a>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte del titolare di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE
<a href="#">Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali</a>	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE
<a href="#">Atti degli organi di controllo</a>		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE
<a href="#">Articolazione degli uffici</a>	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<a href="#">Telefono e posta elettronica</a>	Art. 13, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<a href="#">Consulenti e collaboratori</a>	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Centro Attività Formative Direttore Scientifico
	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Centro Attività Formative Direttore Scientifico
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Centro Attività Formative Direttore Scientifico
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Centro Attività Formative Direttore Scientifico
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Centro Attività Formative Direttore Scientifico
			Per ciascun titolare di incarico:		

Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	<b>Incarichi amministrativi di vertice</b> (da pubblicare in tabelle)  <b>ART. 14 C. 1 LETT. C VALIDO PER TUTTI I DIRIGENTI (Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019)</b>  <b>ART. 14 C. 1 LETT. F VALIDO PER DIRETTORE GENERALE, AMMINISTRATIVO, SANITARIO, SCIENTIFICO, DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRETTORI DI SOC (Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019)</b>	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direzione Generale
Art. 14, c. 1, lett. i) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso))	Annuale	Direzione Generale
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione Generale
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione Generale	
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		
	<b>Per ciascun titolare di incarico:</b>			
Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	<b>Incarichi dirigenziali</b> , a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le componenti straordinarie e fissi)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane



Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dgs 97/2016	
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Temporaneo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 308/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane

		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Personale non a tempo indeterminato		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Tassi di assenza		Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)		Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Contrattazione collettiva		Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Contrattazione integrativa		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
GIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. C.M.T. n. 12/2013		Curricula	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013		Compensi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Sistema di misurazione e valutazione della Performance		Par. 1, delib. C.M.T. n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
Piano della Performance		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
Relazione sulla Performance		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSP Controllo di Gestione
Ammontare complessivo dei premi		Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
Dati relativi ai premi		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
Benessere organizzativo		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				Per ciascuno degli enti:		<b>NON APPLICABILE</b>
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>		
Enti controllati		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				Per ciascuna delle società:		
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie		
		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie		
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Per ciascuno degli enti:		<b>NON APPLICABILE</b>
			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>

Enti di diritto privato controllati <a href="#">Enti di diritto privato controllati</a>	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>			
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	<b>NON APPLICABILE</b>
Attività e procedimenti	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. o), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)	<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>		Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedurale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predefinito per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
			10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane			
<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane			
1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane			
2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane			
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 35 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <a href="#">link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"</a> ); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2019
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione, concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2019
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	<b>NON APPLICABILE</b>
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	<b>NON APPLICABILE</b>
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac. n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG; struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac. n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac. 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG; struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 9 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	<b>SETTORI ORDINARI</b> Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, c. 1, d.lgs. 50/2016 <b>SETTORI SPECIALI</b> Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b> Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) <b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b> Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) <b>SETTORI SPECIALI</b> Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) <b>SPONSORIZZAZIONI</b> Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'aver avuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b> Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 <b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b> Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e s.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica

	<p>Art. 47, c. 2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016</p>	<p>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC</p>	<p>Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 196/2006, alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)</p>	<p>Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure</p>	<p>Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche  Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica</p>
--	---	--	---	--	--

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 47, c. 2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <b>in quanto compatibili</b> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<b>Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</b> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	Art. 11, co. 2-3-4, art. 1 n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	<b>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</b> Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
<a href="#">Criteri e modalità</a>	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
<a href="#">Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</a>	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>	
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>	
<a href="#">Bilanci</a>	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	<a href="#">Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio</a>	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 13 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
<a href="#">Beni immobili e gestione patrimonio</a>	<a href="#">Patrimonio immobiliare</a>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	<a href="#">Canoni di locazione o affitto</a>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<a href="#">Controlli e rilievi sull'amministrazione</a>	<a href="#">Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</a>	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	<a href="#">Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione</a>	Annuale e in relazione a deliberare A.N.A.C.	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
				<a href="#">Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 16, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)</a>	Tempestivo	Responsabile SOSD Controllo di Gestione
				<a href="#">Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)</a>	Tempestivo	Responsabile SOSD Controllo di Gestione
				<a href="#">Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti</a>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSD Controllo di Gestione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
	<a href="#">Organi di revisione amministrativa e contabile</a>		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	<a href="#">Corte dei conti</a>		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<a href="#">Servizi erogati</a>	<a href="#">Carta dei servizi e standard di qualità</a>	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Sanitario
	<a href="#">Class action</a>	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
	<a href="#">Costi contabilizzati</a>	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SOSD Controllo di Gestione
	<a href="#">Liste di attesa</a>	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria
	<a href="#">Servizi in rete</a>	Art. 7 bis 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/15	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direzione Sanitaria
	<a href="#">Dati sui pagamenti</a>	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<a href="#">Pagamenti dell'Amministrazione</a>	<a href="#">Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale</a>	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	<a href="#">Indicatore di tempestività dei pagamenti</a>	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				<b>Ammontare complessivo dei debiti</b>	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
	<a href="#">IBAN e pagamenti informatici</a>	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<a href="#">Opere pubbliche</a>	<a href="#">Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici</a>	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi ( <b>obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali</b> )	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	<a href="#">Atti di programmazione delle opere pubbliche</a>	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co. 7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
	<a href="#">Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche</a>	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Direttore SOC Economato, Approvvigionamenti e Logistica
				(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione.)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
<a href="#">Pianificazione e governo del territorio</a>	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>	
			Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>	
<a href="#">Informazioni ambientali</a>	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni sull'attuazione della legislazione	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi e altri elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>	



		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
		Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
<a href="#">Strutture sanitarie private accreditate</a>	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>
	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>NON APPLICABILE</b>

Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. n. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore SOC Gestione Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche Responsabile SOS Controllo di Gestione
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza
		Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori	(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	.....	Direttore SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Responsabile prevenzione Corruzione e Trasparenza

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