



**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2021-2023**

31 Marzo 2021

Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza:

Avv. Maria Grimaldi

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S.

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari (BA) - C.F e P.I.: 00727270720



1. Principali fonti normative	5
2. Premessa	9
3. Organizzazione e funzioni dell'Istituto	10
4. Missione e Visione.....	12
5. Obiettivi strategici	12
6. Le attività istituzionali.....	13
7. Definizione di corruzione	15
8. Finalità del Piano	16
9. Soggetti, Funzioni e Responsabilità.....	24
10. Relazioni con Terzi.....	33
11. Vigilanza ANAC.....	36
12. Contesto esterno	38
13. Contesto interno.....	44
14. Contesto dell'emergenza pandemica	49
15. Strumenti di gestione	50
16. Gestione del rischio	52
17. Ponderazione del rischio.....	57
18. Aree a rischio.....	58
19. Monitoraggio e riesame	59
20. Obblighi di informazione	60
21. Coordinamento con il Piano delle Performance.....	60
22. Misure generali e specifiche	62



23. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)	64
24. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)	64
25. Incompatibilità successiva (MG-03)	65
26. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	66
27. Rotazione del personale (MG-05)	68
28. Codice di Comportamento (MG-06).....	70
29. Segnalazioni illeciti (MG-07).....	71
30. Formazione del personale (MG-08)	73
31. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09).....	74
32. Gestore segnalazioni UIF (MG-10)	74
33. Verifica procedimenti penali a carico dei dipendenti (MG-11)	75
34. Patto di integrità (MG-12)	77
35. Informatizzazione e dematerializzazione (MS-01)	77
36. Sponsorizzazioni (MS-02).....	78
37. Sperimentazioni (MS-03)	79
38. Attività conseguenti al decesso (MS-04).....	80
39. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)	80
40. ALPI e Liste di attesa (MS-06).....	81
41. Alienazione immobili (MS-07)	81
42. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	82
43. Benessere organizzativo.....	83
44. Azioni di coinvolgimento della società civile.....	83
45. Piano della Trasparenza (MG-13)	84
46. Accesso civico semplice e generalizzato	85



47. Bilanciamento tra Privacy e Trasparenza.....	87
48. Collaborazione tra RPCT e DPO	89
49. Piano delle attività	90
50. Relazione RPCT	91
51. Clausola di rinvio.....	91
52. Entrata in vigore.....	92
53. Allegati	92



1. Principali fonti normative

Di seguito si elencano le principali fonti normative, le circolari e le linee guida emanate a scopi interpretativi o di indirizzo di cui si è tenuto conto ai fini dell'aggiornamento del presente Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità della pubblica amministrazione”;
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del PNA;
- D. Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- D.P.R. 62/2013 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- D.Lgs. 39/2013 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- PNA predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall’A.N.AC. con delibera. n. 72/2013 del 11.09.2013;
- D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” convertito con modificazioni dalla L. 221/2012;
- D.L. 31 agosto 2013, n. 101 “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” convertito con L. 125/2013;
- Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti" elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013 in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;



- Delibera A.N.AC. 75/2013: “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001)”;
- D.L. 24 giugno 2014 n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari” convertito con modificazioni dalla L. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’A.N.AC. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all’art. 1, c. 4, 5, e 8 della L. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all’art. 48 del D.Lgs. 33/2013;
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento approvato dall’A.N.AC. il 9 settembre 2014;
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”;
- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con determinazione n.12 del 28 ottobre 2015;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici
- Delibera ANAC n. 1320 del 29 Dicembre 2016 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
- Determinazione A.N.AC. del 28 ottobre 2015, n. 12 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Determinazione A.N.AC. del 3 agosto 2016, n. 831 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Determinazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017 - Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;



- Determinazione A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"(GU Serie Generale n.291 del 14-12-2017);
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Delibera ANAC n. 572 del 13 giugno 2018 Regolamento sull'esercizio dei poteri di cui all'articolo 211, commi 1-bis e 1-ter, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n.50 e successive modificazioni e integrazioni.
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 - richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018 - Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali;
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018 - Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 - c.d. whistleblowing - (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 269 del 19 novembre 2018);
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera ANAC n. 1102 del 21 novembre 2018 - Regolamento per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'Autorità nazionale anticorruzione, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all'art. 211 del decreto stesso (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.295 del 20 dicembre 2018);
- Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019;



- Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 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 - Delibera n. 586 del 26 giugno 2019;
- Regolamento per la gestione del Casellario Informativo dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 213, comma 10, d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, approvato con delibera ANAC n. 861 del 2.10.2019;
- Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità di cui al d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 approvato dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 920 nell'adunanza del 16 ottobre 2019;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- Decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19»;
- Legge 11 settembre 2020, n. 120 di conversione del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale.



SEZIONE I

2. Premessa

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2021 – 2023 dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, in linea di continuità con il precedente Piano e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza recepisce le modifiche di legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive e le delibere, relative al periodo precedente, nonché le prescrizioni del Piano Nazionale Anticorruzione PNA 2019.

Il Piano rappresenta un documento di programmazione, in quanto, le disposizioni di prevenzione della corruzione sono attuazione diretta del principio di imparzialità che regola l'azione amministrativa. Viene adottato con deliberazione del Direttore Generale, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e successivamente pubblicato sul sito internet dell'Istituto. Ha validità triennale ed è aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, come sancito dall'articolo 1. comma 8 della Legge n. 190/2012.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari.

Il presente Piano, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con un'azione coordinata e sistemica, considera i seguenti aspetti:

- **Fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando per ognuno di essi, i processi gestiti e il relativo rischio;**
- **Indica gli interventi volti a prevenire il rischio corruttivo;**
- **Individua gli obblighi specifici di trasparenza;**
- **Disciplina le misure obbligatorie di prevenzione;**
- **Disciplina ulteriori misure di prevenzione ritenute necessarie e utili al fine di ridurre la probabilità che il rischio di verificarsi.**



In considerazione della valenza programmatica del Piano e della sua articolazione triennale, ne deriva che le previsioni contenute nel presente piano sono soggette a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato, a fronte di specifiche necessità, soprattutto annualmente, sulla base dei dati esperienziali acquisiti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità sempre più rispondenti all'esigenze dell'Istituto.

Ogni anno il R.P.C.T. elabora una proposta di aggiornamento del Piano che viene poi adottata dall'organo di indirizzo politico (il Direttore Generale), previo controllo preventivo da parte di quest'ultimo.

All'interno del Piano sono presenti le seguenti principali indicazioni:

- i soggetti: vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità (il responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, i dirigenti, i dipendenti, i referenti etc.);
- le aree a rischio;
- l'indicazione della metodologia per effettuare la valutazione del rischio;
- le misure di contrasto e di prevenzione;
- la programmazione previsione di cicli di formazione e definizione dei destinatari;
- l'adozione di integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- i tempi e le modalità di riorganizzazione della struttura aziendale.

3. Organizzazione e funzioni dell'Istituto

L'Istituto è denominato "Istituto Tumori Giovanni Paolo II" ed è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.).

Ai sensi dell'art. 2 del d.lgs n. 288 del 16 ottobre 2003 è istituto di diritto pubblico a rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, confermato con DM 27 febbraio 2006 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 54/2006 e atti successivi, nella specializzazione della "ONCOLOGIA".

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori, istituito con Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 1058, è stato costituito come "Ente Ospedaliero" e definito Ospedale Provinciale Specializzato in Oncologia.



Con il Decreto Interministeriale del 13 maggio 1985, l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto quale I.R.C.C.S..

L'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi regionali n. 12 e 14 del 2006 in attuazione del d.lgs. n. 288/2003, così come successivamente modificate, nonché delle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie.

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari è stato riconosciuto "Clinical Cancer Centre (2015-2020)" dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI), con Delibera n. 146 del 2015 che recepisce il documento OECi che estende tale certificazione fino al 2020.

La sede legale dell'Istituto è in Viale Orazio Flacco, 65 – 70124 Bari, dove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca. Previa stipula di accordi ad hoc, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari può esercitare attività presso altre sedi. L'indirizzo del sito web dell'Istituto è: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>.

Il logo dell'Istituto è rappresentato dalla seguente immagine che rappresenta una cellula tumorale "aggredita dalla terapia", il logo intende esprimere graficamente la nostra *mission* aziendale.

Il patrimonio dell'Istituto è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile.

L'Istituto adotta la contabilità economico – patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa nazionale e regionale inerenti alle aziende sanitarie. In particolare, si sottolinea che **l'Istituto si è proposto volontariamente per la valutazione tecnica e contabile per l'avvio delle attività relative all'introduzione della Certificazione di Bilancio delle Aziende Sanitarie.**

In particolare, è stato scelto dalla Regione come ente pilota per avviare il progetto. Il programma di revisione volontaria del bilancio ha abbracciato gli anni 2014-2016 e ha portato l'istituto a ottenere il giudizio positivo della società di revisione specializzata BDO Italia Spa. Pertanto, l'Istituto è il primo Ente tra le aziende sanitarie, ospedaliere e I.R.C.C.S. Pubblici pugliesi a ottenere la Certificazione dello Stato Patrimoniale del Bilancio a partire dall'anno 2014.

In particolare, con ultima deliberazione del Direttore Generale n. 562 del 15 luglio 2020, si è dato atto dell'avvenuta certificazione del bilancio d'esercizio 2019 da parte di società di revisione indipendente.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari è finanziato sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa tra Stato e



Regione al fine di perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e ricerca mediante accordi di programma. L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari può inoltre beneficiare degli accordi promossi dalla Regione Puglia con le altre Regioni, sulla base dei quali sia ritenuto il coordinamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto stesso ovvero il suo inserimento nelle attività previste dai predetti accordi. L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari accetta inoltre donazioni liberali ed usufruisce dei benefici economici previsti dalla norma che disciplina il finanziamento del cosiddetto "5xmille".

4. Missione e Visione

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari pone al centro della propria attività di assistenza e di ricerca la persona nella sua interezza, di cui rispetta la dignità.

I principi fondanti del SSN, l'equità di accesso alle cure, l'universalità e la solidarietà, vengono costantemente ribaditi all'interno dell'Istituto. Per il rispetto di fondamentali principi etici, ogni spreco viene evitato e per tale motivo l'appropriatezza nelle scelte assistenziali e l'efficienza vengono costantemente perseguiti mediante continuo monitoraggio della produzione, dei costi e degli esiti.

Ogni potenziale conflitto di interesse viene combattuto perché moralmente inaccettabile comunque, ma ancora di più quando si combatte il tumore.

5. Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza indicati dalla Direzione aziendale, nell'ambito della declinazione delle linee programmatiche di indirizzo generale, sono di seguito riportati:

- **Incremento delle attività di formazione del personale** sul Codice di Comportamento, Etica e Legalità, anche ai fini della successiva rotazione del personale;
- **Implementazione dei processi di verifica e controllo sugli atti** adottati dall'Istituto, al fine di garantire il rispetto delle misure anticorruzione e trasparenza;
- **Monitoraggio periodico delle misure previste in tema di prevenzione della corruzione** e trasparenza, ai sensi della normativa vigente e delle determinazioni e Linee guida dell'ANAC in materia;



- **Miglioramento della qualità complessiva del sito aziendale** in termini di completezza, chiarezza e intelligibilità, con particolare riferimento ai requisiti di accessibilità, fruibilità alle informazioni ed attuazione di una progressiva implementazione della pubblicazione dei dati, documenti ed informazioni, in materia di trasparenza con particolare attenzione alla anonimizzazione o pseudonimizzazione dei dati prevista dal vigente Regolamento UE 2016/679;
- **Monitoraggio dei feedback da parte degli stakeholders** e di altri soggetti portatori di interessi sull'andamento delle azioni intraprese in materia di trasparenza. Mediante l'organizzazione della Giornata della Trasparenza entro il mese di gennaio di ciascun anno;
- **Intensificazione dei controlli a campione sull'insussistenza di conflitto di interessi** nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito della sperimentazione e sponsorizzazione.

6. Le attività istituzionali

Assistenza Clinica

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari svolge la propria attività di assistenza clinica nell'ambito della programmazione Nazionale e Regionale.

In tal contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari si colloca come **Polo oncologico di altissima specializzazione**, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate da ulteriori prestazioni innovative qualora riconosciute dal Comitato Etico dell'Istituto. L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi – professionale e multi – disciplinare, attraverso la condivisione di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali** (PDTA) adottati a livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.



Ricerca

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto. Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, **attività di ricerca e di assistenza**, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base. **La ricerca di distingue in corrente e finalizzata**: è ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedica e della sanità pubblica; è ricerca finalizzata quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale. Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente sono definite ed approvate annualmente dal Ministero della Salute.

La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche e private ed anche nell'effettuazione di ricerche sponsorizzate. Il D.lgs 16 ottobre 2003 n. 288 avente ad oggetto: "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico" sancisce espressamente che gli IRCCS "...perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.." e possono "stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca. Al fine di un'adeguata gestione dei rapporti con i propri dipendenti – nonché gli eventuali rapporti con soggetti terzi, in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, l'Istituto si dota di opportuno regolamento aziendale.

Formazione e didattica

La formazione, promossa e gestita in Istituto, ha lo scopo di **sviluppare le risorse professionali e relazionali, promuovere l'integrazione organizzativa, migliorare la qualità** e fornire un'immagine aziendale positiva. L'Istituto è sede di didattica in ambito oncologico mediante collaborazioni organizzate con Università ed altre istituzioni, sia con riferimento ai Corsi di Laurea che alle Scuole di Specializzazione e di Formazione Universitaria di II Livello.

Sperimentazione

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore



efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto, l'Istituto è dotato di un apposito regolamento in materia di sperimentazioni.

7. Definizione di corruzione

Il concetto di corruzione evidenziato dalla Legge 190/2012 è un'accezione molto ampia. Infatti comprende tutte le situazioni in cui si riscontri un abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Il legislatore, non si riferisce alle sole fattispecie di cui all'art. 318, 319 e 319 ter del Codice Penale, ma **estende la definizione di corruzione a tutti i delitti contro la pubblica amministrazione e ad ogni situazione in cui, a prescindere della rilevanza penale, coincidente con la "maladministration",** intesa come assunzioni di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento di interessi privati e particolari.

I principali fattori di rischio per questi fenomeni corruttivi sono due:

- a) L'asimmetria informativa;**
- b) Conflitto d'interesse.**

Pertanto, nel presente Piano sono state proposte delle misure di controllo di questi fenomeni corruttivi, ponendo come prima misura di prevenzione la trasparenza dell'agire dell'Istituto, così come anche ribadito nell'Atto Aziendale adottato con delibera n. 798 del 13.12.2017.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, consapevole delle gravi conseguenze che il manifestarsi di tali fenomeni corruttivi produce in termini di fiducia dei cittadini utenti e d'immagine, intende contrastare il fenomeno non solo in termini repressivi ma soprattutto in termini



preventivi. Pertanto, il presente Piano focalizza la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione e sulla possibilità, attraverso un'analisi critica dei processi, di evidenziare i punti di debolezza al fine di ottenere un miglioramento dei servizi offerti ai cittadini.

8. Finalità del Piano

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è un atto formale che evidenzia la **politica di prevenzione del rischio corruttivo** che l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari intende perseguire al fine di garantire il rispetto dei principi sanciti dalla Legge 190/2012.

Il presente Piano, proposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, pertanto, è il risultato dell'attività di prevenzione della corruzione e della illegalità svolta negli anni precedenti nell'Istituto, a seguito dell'entrata in vigore della Legge 190/2012 e s.m.i. e concretizzatasi nei seguenti atti deliberativi:

Principali Atti deliberativi del Direttore Generale nell'anno 2020

- Deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 18/02/2020 avente ad oggetto: **“Accordo di contrattazione integrativa sottoscritto in data 19 dicembre 2019 con le Organizzazioni sindacali rappresentative del Personale del Comparto e la RSU.** Presa d'atto del parere favorevole del Collegio Sindacale e attribuzione progressione economica orizzontale (PEO) anno 2019 ai candidati dichiarati idonei con deliberazione n. 1103 del 30/12/2019”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 18/02/2020 avente ad oggetto: **“Presenza d'atto dell'Accordo di contrattazione integrativa sottoscritto in data 23 gennaio 2020 con le Organizzazioni sindacali rappresentative delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza SPTA e del parere favorevole del Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 40 bis, comma 1, Dlgs 165/2001 e s.m.i. Accordo;**
- Deliberazione del Direttore Generale n. 206 del 05/03/2020 avente ad oggetto: **“Approvazione del nuovo Regolamento aziendale per l'espletamento dell'attività**



assistenziale e scientifica dei Team Multi Disciplinari (TMD) nell'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari”;

- Deliberazione del Direttore Generale n. 230 del 11/03/2020 avente ad oggetto: **“Approvazione del Regolamento temporaneo per l'adozione del Lavoro Agile** quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria Covid-19”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 305 del 10/04/2020 avente ad oggetto: **“Approvazione del nuovo Regolamento per la gestione della cassa economale** in sostituzione del Regolamento approvato con deliberazione n. 222 del 21/04/2016 e modificato rispettivamente con deliberazione n. 662 del 30/11/2016 e n. 189 del 08/03/2018”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 660 del 08/09/2020 avente ad oggetto: **“Ripartizione del monte ore dei permessi sindacali retribuiti per l'anno 2020 a favore delle Organizzazioni Sindacali rappresentative e della RSU aziendale”;**
- Deliberazione del Direttore Generale n. 736 del 06/10/2020 avente ad oggetto: **“Linee Guida per il trattamento dei dati personali a scopo di ricerca scientifica – Nomina commissione per audit di conformità – progetti di ricerca e studi clinici”;**
- Deliberazione del Direttore Generale n. 912 del 20/11/2020 avente ad oggetto: **“Borse di Studio. Presa d'atto nuova versione del Regolamento”;**
- Deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 02/12/2020 avente ad oggetto: “Modifica deliberazione n. 525 del 29/12/2010 e approvazione **Regolamento per la mobilità volontaria esterna in entrata del personale del Comparto Sanità dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo”;**
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1014 del 23/12/2020 avente ad oggetto: **“Regolamento aziendale per la corretta compilazione, tenuta e collazione della cartella clinica cartacea, nelle more del passaggio a quella informatizzata”.**

Principali Atti deliberativi del Direttore Generale nell'anno 2019

- Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30/01/2019 avente ad oggetto: **“Approvazione del Regolamento per la disciplina della Sponsorizzazioni”;**



- Deliberazione del Direttore Generale n. 438 del 16/05/2019 avente ad oggetto: **“Approvazione del Regolamento aziendale per l’effettuazione di prestazioni aggiuntive”**;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26/07/2019 avente ad oggetto: **“Regolamento per la disciplina delle donazioni e comodati d’uso gratuito. Approvazione”**;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 684 del 26/07/2019 avente ad oggetto: **“Approvazione del nuovo Codice di Comportamento”** dell’IRCCS Tumori Giovanni Paolo II di Bari;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 687 del 26/07/2019 avente ad oggetto: **“Piano attuativo dell’IRCCS per il governo delle liste di attesa triennio 2019-2021”**;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 688 del 26/07/2019 avente ad oggetto: **“Regolamento aziendale per l’attribuzione di incentivi per funzioni tecniche nell’ambito delle acquisizioni di beni, servizi e lavori”**;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 727 del 13/08/2019 avente ad oggetto: “Preso d’atto della istituzione del Centro di Orientamento Oncologico (COro) presso l’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari. Recepimento **“Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico nella Rete Oncologica Pugliese”**;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 862 del 16/10/2019 avente ad oggetto: **“Approvazione del Regolamento Aziendale per la graduazione e l’affidamento degli incarichi di funzione** ai sensi degli artt. 14-23 CCNL Area Comparto 21/05/18.;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 917 del 31/10/2019 avente ad oggetto: “D.Lgs 50/16 e s.m.i. – art. 21 **Programma degli acquisti e programmazione dei lavori pubblici**. Adempimenti;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 962 del 18/11/2019 avente ad oggetto: **“Approvazione del Regolamento aziendale sulla Progressione Economica Orizzontale (PEO) del Personale di Comparto.**

Principali Atti deliberativi del Direttore Generale nell’anno 2018-2017



- Deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 12/01/2018 avente ad oggetto: “Regolamento aziendale per la distribuzione diretta di farmaci ai pazienti in dimissione ai sensi del Regolamento regionale n. 17 del 13/10/17;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 25/01/2018 avente ad oggetto: “Regolamento per la gestione delle operazioni di vestizione/svestizione nell’ambito dell’orario di servizio”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 08/03/2018 avente ad oggetto: “Gestione della cassa economale. Disposizioni per la modifica del Regolamento approvato con deliberazione n. 222/2016”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 276 del 06/04/2018 avente ad oggetto “Regolamento per la tenuta dell’inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali dell’IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 317 del 24/04/2018 avente ad oggetto: “Regolamento aziendale per l’attribuzione delle funzioni di coordinamento di attività di cui all’art.10 del CCNL del 22.09.01 del personale dell’area di comparto”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 795 del 12/10/2018 avente ad oggetto:“Regolamento accesso agli atti. Integrazioni e modifiche”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 986 del 13/12/2018 avente ad oggetto: “Regolamento aziendale sul servizio di pronta disponibilità”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina del referenti interni per la prevenzione della corruzione”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 837 del 29/12/2017 avente ad oggetto : “Regolamento per l’applicazione delle sanzioni disciplinari e codice disciplinare dell’IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 10.02.2017 avente ad oggetto: “Aggiornamento del piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza 2017-2019 dell’IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari”;



- Deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 14.04.2017 avete ad oggetto: “Legge n.190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013. Nuova nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell’IRCCS Istituto Tumori di Bari”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 745 del 23.11.2017 avete ad oggetto: “Regolamento accesso agli atti e disciplina dell’accesso civico”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 809 del 15.12.2017 avete ad oggetto: “Regolamento per la Dematerializzazione”.

Inoltre, il presente atto è stato predisposto dopo la fase di consultazione per l'aggiornamento del Piano, con la quale è stato chiesto a tutti gli stakeholders di far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare ogni iniziativa in materia sia di prevenzione della corruzione che di trasparenza.

In particolare, con l’adozione del presente Piano Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” – I.R.C.C.S. di Bari si propone di:

1. **continuare il programma di miglioramento e potenziamento delle azioni di prevenzione** del rischio, già intraprese nel corso degli anni precedenti;
2. in considerazione dei mutamenti organizzativi che hanno riguardato Istituto nella parte finale 2017, in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: “Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all’IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II””, con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all’IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”, **potenziare l’attività diffusione dei valori di etica, di legalità, in un’ottica di condivisione e collaborazione** con gli attori dei processi aziendali anche attraverso la nomina dei referenti interni;
3. **avviare il processo di integrazione con il Piano delle Performance** al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente.

Ne consegue che, il presente aggiornamento del Piano è stato redatto, considerando i mutamenti organizzativi che stanno caratterizzando l’Istituto, seguendo un filo conduttore che si fonda su alcuni principi fondamentali:

1. **Rafforzamento dell’efficacia delle misure di prevenzione già attuate;**
2. **Definizione dei ruoli e delle responsabilità del personale;**



3. Diffusione dei valori dell'etica, di legalità, tra tutti i soggetti coinvolti nei processi aziendali presenti nell'Istituto;
4. Condivisione e collaborazione con gli attori dei processi aziendali nella elaborazione e promozione di strumenti che consentano la diffusione della legalità all'interno dell'Istituto e consentano il miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali e la tutela dell'interesse della collettività;
5. Necessità di inserimento dei nuovi operatori nei processi aziendali avviati nel corso degli anni;
6. L'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
7. Coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio corruttivo nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del Piano;
8. Il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
9. L'adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal D.lgs 33/2013, così come modificato dal D.lgs 97/16 (FOIA).

Nell'ottica del coinvolgimento del personale e della necessità di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto ad costituire, con Deliberazione n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: "Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Individuazione e nomina del referenti interni per la prevenzione della corruzione" un **gruppo di lavoro composto dalla Direzione Strategica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori e i Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni per la corruzione**, al fine di consentire il coinvolgimento di tutti i settori e gli attori dei processi aziendali nelle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza in un'ottica di continua ricerca di diffusione dei valori di etica e di legalità.

Nel corso dell'anno 2020 è proseguita l'attività di alimentazione della piattaforma web dedicata per la rilevazione dei rischi e delle misure anticorruptive che ha consentito al Responsabile per la



prevenzione della corruzione di governare meglio lo stato di attuazione delle misure da parte dei Referenti interni dell'Istituto.

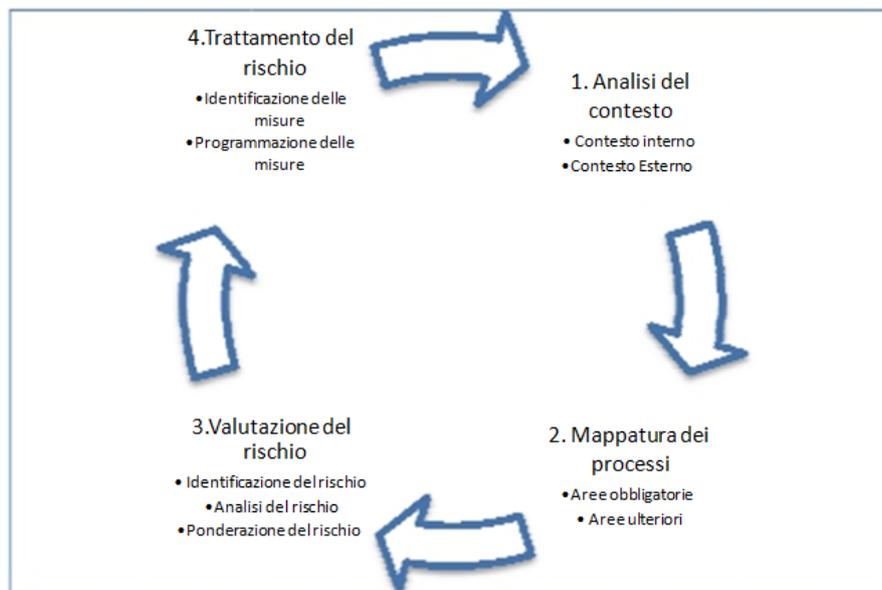
I risultati sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio, concretamente applicate dai Dirigenti delle Strutture interne aziendali, sono illustrate nel documento in allegato (Allegato_3-Stato attuazione misure).

L'intero processo di gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- **Realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione e alla trasparenza**, in un'ottica di realizzazione di un processo concreto di miglioramento continuo dell'attività dell'Istituto e non un mero aspetto burocratico;
- **E' parte integrante del processo decisionale;**
- **E' un processo che si integra** con processi di programmazione e gestione, il particolare con il Ciclo di **Gestione delle Performance**. Infatti, gli obiettivi individuati nel Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i Responsabili delle Unità Organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e i relativi indicatori, sono collegati agli obiettivi da inserire nel Piano delle Performance. Ne consegue che, **l'attuazione delle misure previste nel presente Piano è uno degli elementi di valutazione del personale Dirigente e del personale non dirigenziale.**
- **E' un processo di miglioramento continuo** e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- **È un processo che implica l'assunzione di responsabilità.** Il processo di gestione del rischio è un processo di analisi, diagnosi e trattamento che richiede un'attenta valutazione degli organi di indirizzo, dei dirigenti e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- **E' un processo che tiene conto di uno specifico contesto** interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- **È ispirato al criterio della prudenza**, volto ad evitare una sottostima del rischio di corruzione, basato sulla valutazione riferito alle eventuali disfunzioni organizzative e non sulla qualità dei singoli individui.



Le principali fasi che caratterizzano il processo di gestione del rischio, possono essere sintetizzate in quattro fasi fondamentali, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.



Nel dettaglio si riportano, qui di seguito, le caratteristiche fondamentali che contraddistinguono le quattro fasi:

- **Analisi del Contesto:** l'analisi del contesto interno ed esterno che caratterizzano l'attività dell'Istituto;
- **Mappatura dei Processi:** la mappatura dei processi è stata svolta in collaborazione con il gruppo di lavoro, e ha riguardato tutte le aree considerate obbligatorie. E' opportuno evidenziare che, in considerazione dell'evoluzione organizzativa che l'Istituto sta avendo, l'attività di mappatura dei processi potrebbe essere aggiornata nel corso del 2018;
- **Valutazione del rischio:** è stata svolta tenendo conto della causa degli eventi rischiosi;
- **Trattamento del Rischio:** consiste nella predisposizione di misure concrete, sostenibili, verificabili e condivise di gestione del rischio.



9. Soggetti, Funzioni e Responsabilità

Direttore Generale

La Direzione Aziendale è il primo soggetto preposto a porre in essere azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari. Il particolare il **Direttore Generale**:

- Nomina con un apposito atto deliberativo il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012) e il Responsabile della Trasparenza (art. 43, D.lgs n. 33/2013);
- Adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un apposito provvedimento entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nonché i suoi eventuali aggiornamenti e procede a comunicarli all'ANAC;
- Adotta tutti gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- Assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- Decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- Riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;



- In relazione al coinvolgimento nei termini sopra evidenziati, l'ANAC si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente allo stesso Direttore Generale;
- Garantisce l'attività di coordinamento degli atti e delle azioni adottati nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Responsabile RPCT

Il **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, rappresenta uno dei soggetti fondamentali evidenziati dal nostro Legislatore nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nella Legge n. 190/2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

In particolare il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza svolge attività di:

- **controllo sull'adempimento** da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- **segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione** alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio provvedimenti disciplinari (articolo 43 del d. lgs n. 33/2013);
- **propone al Direttore Generale il Piano triennale** per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, per la successiva adozione, con apposito atto deliberativo;
- controlla e assicura, insieme ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, la regolare **attuazione del Piano**.



O.I.V.

I componenti dell'**Organismo interno di vigilanza**:

- **partecipano al processo di gestione del rischio**; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della **trasparenza amministrativa** (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono **parere obbligatorio sul Codice di comportamento** adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

Referenti interni

In considerazione dell'evoluzione organizzativa che l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", è stata condivisa la necessità di procedere alla **nomina dei Referenti Interni per la Corruzione**, che collaborino con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e con i Direttori, Dirigenti, o Responsabili della singola struttura organizzativa, anche al fine di consentire la diffusione dei valori di etica, di legalità, in un'ottica di condivisione e collaborazione con gli attori dei processi aziendali

In attuazione a quanto previsto dal Legislatore con circolare D.F.P. 1/2013 e confermato nel PNA 2016 nei quali è previsto che, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza possa avvalersi, di Referenti con il compito di collaborare all'assolvimento degli obblighi previsti dalla legislazione vigente in materia e di prevenzione della corruzione e trasparenza.

In particolare, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con nota prot. n. 18498 del 09/11/2017 avete ad oggetto: "Nomina dei referenti interni per la



corruzione”, ha chiesto a tutti i Dipartimenti “sanitari” e alla Area Amministrative e di Staff alla Direzione, la nomina di un referente per le attività e le problematiche dell’anticorruzione e alla trasparenza, che dovrà svolgere la funzione di essere, per ogni Direttore, Dirigente, o Responsabile della singola struttura organizzativa, l’interlocutore interno e di raccordo tra il Responsabile della Trasparenza, della Prevenzione e la Direzione Strategica e non dovrà sostituirsi ai compiti che ricadono per legge sempre e comunque nel Direttore e Dirigente e Responsabili della singola struttura organizzativa. Con delibera n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina del referenti interni per la prevenzione della corruzione”, è stata ufficializzata la nomina dei referenti interni e il loro specifici compiti.

Tutti i Dirigenti dell’Istituto sono coinvolti nell’implementazione del Piano e in particolare, ognuno per l’area di competenza svolgono:

- **attività informativa nei confronti del Responsabile**, dei referenti e dell’autorità giudiziaria;
- **partecipano al processo di gestione del rischio**, propongono le misure di prevenzione;
- **assicurano l’osservanza del Codice di comportamento** e segnalano le ipotesi di violazione;
- **adottano le misure gestionali**, quali l’avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- **partecipano alle attività formative obbligatorie previste nel Piano formativo anticorruzione e/o proposte dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.**



Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis, comma 4° del D.lgs n. 165/2001, è costituito quale Ufficio autonomo. Con deliberazione del Direttore Generale n. 646 del 01/09/2020 si è provveduto alla nuova designazione del Presidente UPD e dei suoi componenti, come di seguito elencati:

- Presidente (Direttore Dipartimento Diagnosi e Terapia per immagini);
- Componente (Direttore SC Area Risorse Umane);
- Componente (Dirigente SSD Patrimonio).

In caso di procedimento disciplinare nei confronti di specialista ambulatoriale, un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN ai sensi dell'art. 37, comma 5, lett. b) ACN 2015.

L'attività svolta dell'U.P.D. è qui di seguito riportata:

1. Svolge procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
2. Provvede alla comunicazione obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria;
3. Propone un aggiornamento del Codice di comportamento

Dipendenti e Collaboratori

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservando le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D., casi di personale in conflitto d'interesse. Tutti i dipendenti dell'Istituto rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti:

- **rispettano le prescrizioni** contenute nel piano per la prevenzione della corruzione;
- **prestano la loro collaborazione al Responsabile** della prevenzione della corruzione;
- segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Istituto, di cui siano venuti a conoscenza.



Pertanto, tutte le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste e adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 comma 14,1 della Legge 190/2012.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione della corruzione previste nel presente Piano e segnalare le situazioni di illecito nei modi previsti dalla normativa vigente.

Consiglio di indirizzo e verifica

Di seguito i principali compiti del Consiglio di indirizzo e verifica (CIV):

- nomina il Direttore Generale dell'Istituto, scelto tra gli idonei dell'apposito albo regionale affidandogli gli obiettivi;
- determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione Puglia;
- approva i programmi annuali e triennali di attività, predisposti dal Direttore Generale, verificandone l'attuazione;
- fissa e assegna al Direttore Generale gli obiettivi annuali entro il 31 dicembre dell'anno precedente e ne verifica l'attuazione secondo i criteri introdotti dalla D.G.R. n. 3009/2012;
- nomina i componenti del Comitato Tecnico-Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;
- esprime parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio;
- esprime parere obbligatorio sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- svolge le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto ed esprime parere sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati



Comitato Etico

Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche dei medicinali è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei protocolli sperimentali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. L'indipendenza del Comitato Etico è garantita:

- dalla mancanza di un rapporto subordinato gerarchico del Comitato stesso nei confronti della struttura dell'Istituto;
- dalla presenza di personale non dipendente dell'Istituto, ad eccezione di quello ex officio;
- dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di un legame di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico.

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1227 del 04.07.2013, nel rispetto delle disposizioni del D.M. 8 febbraio 2013 emanato dal Ministro della Salute, gli IRCCS afferenti al Comitato Etico dell'IRCCS Istituto Tumori "G. Paolo II" (Area 5) sono i seguenti:

- Irccs Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari;
- Irccs "De Bellis" Castellana Grotte (Ba);
- Irccs Fondazione Casa Sollievo Della Sofferenza San Giovanni Rotondo;
- Irccs Fondazione Salvatore Maugeri Cassano Delle Murge (Ba);
- Irccs Fondazione Medea (Br).

Comitato Unico di garanzia

Il **Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità**, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) é un nuovo organismo introdotto dall'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010, che sostituisce i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge. L'unicità del CUG risponde all' esigenza di



garantire maggiore efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni alle quali il nuovo organismo è preposto. Con deliberazione del Direttore Generale n. 471 del 24 agosto 2015 è stato recepito il Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le Parti Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Istituto. Con deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 26/09/2019 è stato pubblicato l'avviso di manifestazione di interesse per la designazione dei componenti titolari e supplenti del CUG.

Collegio Sindacale

I compiti del **Collegio Sindacale** non sono più limitati alla semplice revisione amministrativo-contabile, come avveniva nel passato, bensì sono anche volti a **verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e gestionale**. Ciò è testimoniato anche dal mutamento del proprio nome da Collegio dei revisori dei conti a Collegio sindacale.

Nella riunione di insediamento, si procede a verificare che i sindaci siano in possesso dei requisiti professionali previsti dalla legge, nonché ad accertare l'inesistenza di eventuali incompatibilità o possibili situazioni potenzialmente rilevanti per la valutazione dei profili di indipendenza.

L'Istituto ha provveduto alla nomina del Collegio Sindacale con deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 10 gennaio 2019.

Comitato Consultivo Misto

Il **Comitato Consultivo Misto** (C.C.M.) è un organismo dell'Istituto con funzioni propositive e consultive, volto a dare **ascolto e rilievo al punto di vista del cittadino-utente** all'interno della Sanità.

E' infatti un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente. Il riferimento normativo cardine è il D.Lgs 502/92 e successive modificazioni.



E' definito misto in quanto composto sia da rappresentanti delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela, sia da operatori interni all'Istituto.

Ai sensi della L.R. n. 25/2006 il Comitato Consultivo Misto svolge le seguenti funzioni:

- Contribuisce alla programmazione dell'Istituto in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, proponendo strategie e strumenti per la tutela dei diritti del cittadini e il miglioramento della qualità dei servizi;
- Verifica la funzionalità e la rispondenza dei servizi alle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

L'Istituto ha approvato il Regolamento per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto (CCM), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 252 del 04/05/2016; successivamente, in data 27 novembre 2019, si è preso atto dell'elezione delle cariche associative del Comitato Consultivo Misto – Ricostituzione del CMM dell'IRCCS "G. Paolo II, giusta deliberazione n. 1001 del 27/11/2019.

Collegio di Direzione

Il **Collegio di Direzione** svolge i seguenti compiti:

- **concorre al governo delle attività cliniche** dell'Istituto, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- **concorre alla pianificazione delle attività** dell'Istituto, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- **esprime parere obbligatorio sull'Atto aziendale** per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- **esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale della formazione**, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi



espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

- **esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico** ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- **partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni**, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.;
- **esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.**

L'Istituto con deliberazione n. 572 del 13.11.2014 ha preso atto dei contenuti della Legge Regionale 17 ottobre 2014, n.43 “Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1 quater e 17 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.” addivenendo alla:

- Composizione del Collegio di Direzione dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II;
- Definizione delle Competenze ed al funzionamento del Collegio di Direzione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1012 del 03/12/2019 si è provveduto ad integrare la composizione del Collegio di Direzione con la figura del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) al fine di un idoneo coordinamento e controllo dei flussi informativi nonché della conoscenza specifica dei processi aziendali e dei rischi correlati al trattamento di dati personali.

10. Relazioni con Terzi

L'Istituto nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua *mission*, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti. In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato, prevalentemente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata e l'integrazione con gli altri IRCCS e con le Reti.

L'Istituto mantiene stretti rapporti con gli Enti del SSN con gli IRCCS pubblici e privati nell'intento di realizzare una rete di eccellenza nazionale, sia per la ricerca sia per l'assistenza, anche attraverso scambi di conoscenze e professionalità. L'inserimento e l'apporto dell'Istituto all'interno delle Reti



nazionali persegue anche l'obiettivo di valorizzare il sistema sanitario regionale all'interno del contesto nazionale e internazionale.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S di Bari si colloca all'interno della Rete Oncologica Regionale (L.R. n. 23/2008), intesa come aggregazione funzionale ed integrata di unità e servizi ospedalieri che opera nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale delle singole componenti. L'Istituto riconosce come importanti interlocutori le rappresentanze dei cittadini organizzate negli Enti del volontariato che operano nell'ambito delle aree sociali riferibili all'attività dell'Istituto. La loro rappresentanza istituzionale è coagulata nel Comitato Consultivo Misto, quale organismo di consultazione e partecipazione democratica dei cittadini.

L'Istituto prevede sistematici momenti di ascolto e di iniziative comuni per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie offerte e la comunicazione/relazione tra operatori/professionisti e cittadini.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" persegue politiche di **collaborazione con le Università** del territorio regionale, nazionale e internazionale; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali, di ricerca e di alta formazione. L'Istituto persegue, altresì, la **formalizzazione di rapporti con le Scuole di Specializzazione** affini alle discipline in esso operanti, al fine di meglio assolvere al proprio mandato di trasferimento delle conoscenze, nel quadro di un più ampio disegno di formazione professionale avanzata.

L'Istituto, infine, **riconosce l'importanza del ruolo delle rappresentanze sindacali del personale** e s'impegna, nel rispetto delle reciproche competenze e responsabilità, a coinvolgere, mediante una comunicazione attenta e informata, al fine di perseguire gli obiettivi strategici e gestionali.

Tra i rapporti recentemente instaurati merita di essere annoverata la nascita Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete-AMORE, nata per volontà dei tre principali Istituti oncologici del Sud Italia, IRCCS "Fondazione G.Pascale", IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" e Il Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) IRCCS, accordo costituito con delibera n. 812 del 19.12.2017 avente ad oggetto: "Approvazione dell'Accordo di collaborazione relativo alla nascita della Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete (AMORE) tra IRCCS "Fondazione G.Pascale", IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" e Il Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) IRCCS".



L'Alleanza getta le basi per una virtuosa competizione con le regioni del nord basata su un fondamentale principio: dove si fa ricerca si fa migliore assistenza. Come prima iniziativa è stata costituita l'Area Vasta Oncologica inter-regionale, insieme alla creazione di un unico comitato etico e verranno adottate le procedure peculiari di valutazione delle prestazioni. Primo passo per tracciare la rotta di un nuovo modello di sanità in grado di coniugare i canoni di buona amministrazione con i bisogni assistenziali in continua evoluzione.

Qui di seguito si riportano i punti dell'intesa:

- **creare una Rete interregionale di Istituti oncologici** che, attraverso una collaborazione sistematica, il confronto e lo scambio di competenze ed expertise, assicuri il costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure e dei servizi erogati; avviare un percorso per la costituzione di una Fondazione;
- **definire una piattaforma tecnologica comune** per raccogliere in maniera omogenea dati clinici e gestionali a sostegno della ricerca e della costruzione di un sistema comune di indicatori da utilizzare per la valutazione dell'efficienza;
- realizzare progetti di formazione e ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'oncologia;
- **promuovere modelli organizzativi innovativi** incentrati sull'etica clinica, la clinical governance, la condivisione delle policy, l'appropriatezza e l'economicità delle risorse; condividere i principi ispiratori dei Pdta (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali); sviluppare attività comuni nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica;
- **realizzare progetti estero-finanziati**, a valere in particolare su Fondi comunitari; intraprendere un percorso sinergico per l'accreditamento a Comprehensive Cancer Center per ciascuna delle parti.

Inoltre, con deliberazione del Direttore Generale n. 940 del 30/11/2020 si è dato atto dell'accreditamento dell'Istituto secondo gli standard dell'Organization of European Cancer Institutes (OECI) con l'istituzione della task force responsabile della compilazione dei Qualitative and Quantitative Questionnaires e dell'organizzazione delle Site visit.

Infine, con la deliberazione del Direttore Generale n. 909 del 20/11/2020 si è preso atto della **Convenzione con il Ministero della Salute** per il Progetto Conto Capitale CC-2019-2366658 – Cat. 1- “Datawareomics: una sistematica organizzazione dei dati strutturati e destrutturati in una architettura multilayer per il supporto alle decisioni nella malattia oncologica”.



Pertanto, l'Istituto ha la consapevolezza dell'importanza di tali rapporti e che esse rappresentano un punto di forza per l'attività da erogare nei confronti dei pazienti, tale da prevedere una specifica attività di regolamentazione, monitoraggio e controllo, di tali rapporti.

L'Istituto prevede specifiche procedure che si basano su tre misure fondamentali al fine:

- **La trasparenza nei rapporti** che si instaurano, attraverso la predisposizione di appositi atti deliberativi che vengo pubblicati sul sito dell'Istituto e resi pubblici;
- **Predisposizione di un apposito regolamento che disciplini i singoli rapporti**, anch'esso pubblicato nella sezione amministrazione trasparenza;
- **Verifica periodica sullo stato di avanzamento delle attività.**

11. Vigilanza ANAC

Come precisato nel Regolamento del 29 marzo 2017 sull'esercizio dell'attività di vigilanza ANAC sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, l'attività di controllo è attivata dall'ufficio competente, secondo la direttiva annuale di cui all'articolo 3, ovvero su iniziativa dell'ufficio competente e su disposizione del Consiglio.

L'attività di vigilanza può, altresì, essere attivata a seguito di segnalazioni presentate all'Autorità secondo le modalità di cui all'articolo 5.

Gli OIV e i RPCT segnalano casi di gravi o reiterate violazioni di obblighi di pubblicazione, dopo aver esperito tutte le proprie funzioni.

Nel caso di segnalazione da parte di un dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower), la trattazione della stessa è svolta dall'ufficio competente, ai sensi del presente Regolamento e delle linee guida adottate dall'Autorità in materia, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Il procedimento di vigilanza, avviato ai sensi dell'articolo 12, si conclude, salvo i casi di archiviazione o di presa d'atto del conformarsi della amministrazione alle indicazioni dell'Autorità, con l'adozione, mediante delibera del Consiglio ovvero mediante atto dirigenziale in caso di procedimento in forma semplificata di cui all'articolo 19, di uno dei seguenti atti:

- a) **atto con il quale l'Autorità registra** che l'amministrazione ha adottato, nel caso esaminato, buone pratiche amministrative meritevoli di segnalazione;
- b) **raccomandazione non vincolante**, indirizzata alle amministrazioni interessate, volta alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria e/o



all'adozione di misure richiamate in orientamenti, nel PNA e suoi aggiornamenti, nonché in Linee guida in materia di trasparenza dell'Autorità;

c) **segnalazione del mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione**, quale illecito disciplinare, indirizzata all'ufficio di cui all'articolo 55-bis, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ed altresì ai vertici politici, agli OIV dell'amministrazione interessata e, se del caso, alla Corte dei conti, ai fini dell'attivazione delle altre forme responsabilità di cui al comma 4 dell'articolo 45 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

c) **ordine, indirizzato alle amministrazioni interessate, di procedere alla pubblicazione di documenti e informazioni**, ai sensi dell'articolo 45, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

d) **ordine, indirizzato alle amministrazioni interessate, di adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente**.



12. Contesto esterno

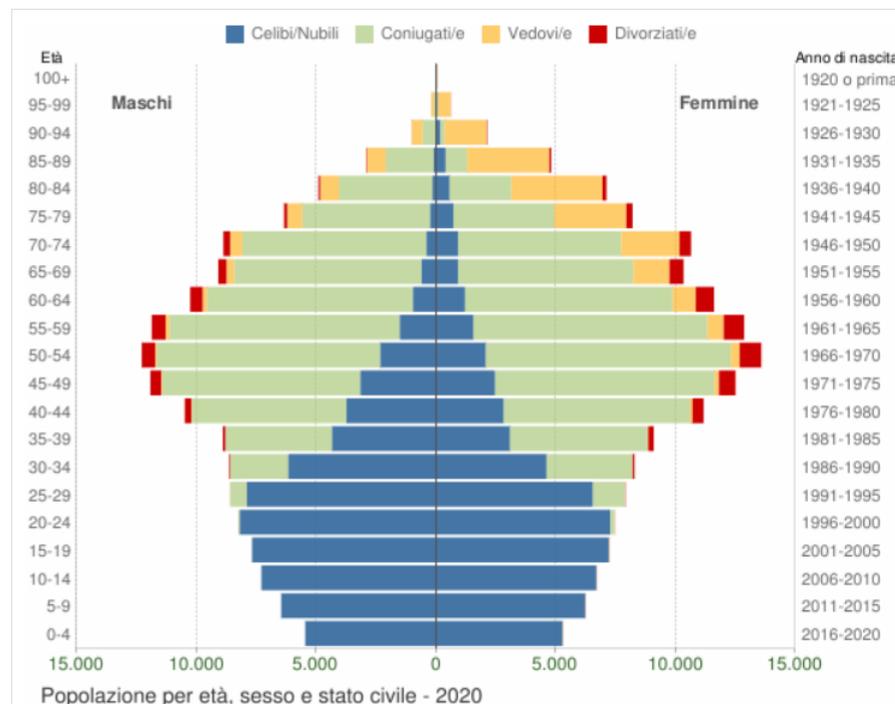
L'Obiettivo dell'analisi del contesto esterno è quello di identificare la situazione del contesto in cui opera l'Istituto, per mettere in luce eventuali fattori di rischio di corruzione.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S di Bari ha la sua sede legale in Bari, in Viale Orazio Flacco, 56/a, dove viene svolta la propria attività sanitaria e di ricerca.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 470 del 28/05/2019 l'Istituto ha stipulato un contratto di locazione pluriennale di una porzione di immobile di proprietà dello Stato, sita in Via Camillo Rosalba a Bari, da destinare alle attività amministrative.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente a Bari per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile.





Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente a Bari (fonte ISTAT).

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2007	139,6	48,7	109,9	101,5	18,6	8,7	8,5
2008	143,5	49,3	114,5	104,5	18,5	8,7	8,9
2009	146,7	50,0	122,0	107,8	18,4	8,5	9,1
2010	149,1	50,4	128,8	110,6	18,4	8,5	9,0
2011	153,3	51,2	131,4	112,6	18,4	8,5	9,3
2012	166,0	52,7	135,1	123,5	17,8	8,1	8,3
2013	172,8	54,3	134,6	126,1	18,2	8,0	9,3
2014	174,4	54,1	129,7	124,5	17,7	7,5	10,1
2015	177,9	54,4	132,6	131,9	17,6	7,0	9,9
2016	183,2	55,0	133,5	134,7	17,5	6,9	9,7
2017	188,7	55,4	138,3	137,8	17,3	6,9	10,4
2018	193,6	55,9	142,5	140,5	17,3	6,8	10,0
2019	199,6	56,6	143,8	142,8	17,1	6,4	10,4
2020	206,6	57,2	146,7	144,5	16,9	-	



Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2020 l'indice di vecchiaia per il comune di Bari dice che ci sono 206,6 anziani ogni 100 giovani.

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, a Bari nel 2020 ci sono 57,2 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, a Bari nel 2020 l'indice di ricambio è 146,7 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Con riferimento alla localizzazione territoriale dell'Istituto, si evidenziano significative presenze di organizzazioni criminali, così come evidenziato di recente dal Dipartimento per la pubblica Sicurezza del Ministero degli interni, da cui emerge che la provincia di Bari e quella di Foggia sono le provincie pugliesi al più alto indice di criminalità rispetto alle altre provincie.

Nella relazione semestrale della Direzione investigativa antimafia 2020, emerge che in Puglia i maggiori rischi di infiltrazione criminale potrebbero riguardare il settore sanitario, nella produzione e distribuzione di dispositivi medici, nello smaltimento di rifiuti speciali o nella sanificazione ambientale.



Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema socio-economico e sanitario.

L'Istituto nella consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione al rischio corruttivo. In particolare uno dei settori maggiormente sottoposti a misure di controllo specifiche è da annoverare i possibili furti di farmaci oncologici.

In particolare le Campania e Puglia sono le Regioni più colpite, in cui si concentrano il 45% di tutti i casi. Il business fa gola soprattutto alla criminalità organizzata e per quanto riguarda le destinazioni dei farmaci rubati i ricercatori individuano oltre all'Italia Slovacchia, Lettonia, Ungheria, Slovenia e Romania, definite "lavanderie" in cui questi farmaci vengono riciclati. I prezzi elevati e l'alta redditività, oltre che la possibilità di smercio sul mercato nero e la vendita sul web, sono tra i motivi che spingono le organizzazioni criminali a puntare sulla sottrazione dei farmaci in ospedale, favorita da pochi arresti e sanzioni inferiori a quelli di attività illecite simili, come il traffico di droga.

L'attenzione giudiziale e mediatica posta su tale fenomeno, ha evidenziato come il settore sanitario, e in particolare le singole aziende operanti nel settore sanitario, possano essere oggetto di processi ad alto rischio e che possono interessare l'Istituto, quali per esempio:

- **preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;**
- **traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;**
- **falsi ricoveri;**
- **gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;**
- **frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;**
- **prescrizioni inappropriate.**

E' opportuno evidenziare che, il bacino di utenza dell'Istituto è caratterizzato con una notevole affluenza di assistiti sia dai comuni limitrofi e soprattutto dai bacini interregionali, in considerazione della specializzazione in Oncologia e nell'essere considerato un Istituto di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale e clinica, e di assistenza.



In particolare in applicazione Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: “Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all’IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”” con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all’IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”, ponendo le basi per far diventare l’Istituto il **Polo Oncologico per la provincia di Bari**, con conseguente incremento delle attività, sia in termini di ricoveri ordinari, che per prestazioni ambulatoriali, frutto di una politica di rilancio dell’Istituto che punta sul miglioramento della qualità e della quantità di prestazione da offrire ai pazienti.

Inoltre, il potenziamento dell’Istituto è stato anche confermato da quanto previsto dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 28/02/2017 ad oggetto: "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) - Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato — Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016", che consacra questo Istituto ad hub della rete oncologica.

Di seguito i principali stakeholder dell’Istituto:

✓ **Stakeholder di “input”**

di Programmazione:

Soggetti pubblici

- Regione “Assessorato Salute”
- Ministero della Salute
- Università
- Enti di Ricerca
- Comunità scientifica

Soggetti privati

- Associazioni di categoria

di Finanziamento:

Soggetti pubblici

- Regione
- Ministero Salute



- Altri soggetti pubblici

Soggetti privati

- Aziende
- Cittadini

di Produzione:

Soggetti pubblici

- Aziende di Servizi alla Persona

Soggetti privati

- Fornitori
- Dipendenti

- ✓ **Stakeholder di “output”**

Servizi resi a:

Soggetti pubblici

- Regione “Assessorato Salute”
- Ministero della Salute
- Università
- Enti di Ricerca
- Comunità scientifica

Soggetti privati

- Cittadini
- Enti e Associazioni di categoria
- Comunità scientifica



13. Contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'organizzazione e della gestione operativa dell'Istituto e che influenza la struttura del rischio corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

Già dall'anno 2017 l'Istituto ha subito un mutamento organizzativo per effetto dal completamento delle attività di trasferimento delle Unità Operative dall'Asl Bari, Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II". Le attività di trasferimento sono terminate nel mese di settembre 2017 e l'Istituto ha preso atto del nuovo assetto produttivo con la modifica organizzativa specificata nel nell'Atto Aziendale adottato con **Delibera n. 798 del 13/12/2017**, avente ad oggetto: "Atto Aziendale – Adozione".

Successivamente, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. 918 del 5/11/2019, l'Istituto ha provveduto a rimodulare l'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione di n. 16 Strutture Complesse (SC) e n. 23 Strutture Semplici (SS) e Semplici a valenza dipartimentale (SSD), in attuazione di quanto disposto con DGR del 3 luglio 2019 n. 1195 "Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017. Modifica ed integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero".

La Direzione Strategica dell'Istituto, con nota n. 24325 del 23 dicembre 2020, ha poi disposto una ulteriori ridefinizione dell'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione della Struttura Semplice a valenza dipartimentale "Controllo di Gestione", da collocare all'interno del Dipartimento di Staff nonché la contemporanea dismissione della Struttura Semplice "Ingegneria Clinica".

Le strutture organizzative dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari sono, ad oggi, individuate secondo il nuovo Organigramma approvato con provvedimento deliberativo n. 918 del 05 novembre 2019 e successiva deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 13 gennaio 2021 (Allegato_6-Organigramma).

L'Istituto è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di



coordinare le funzioni di assistenza a livello regionale anche guidando gruppi di lavoro che hanno il compito di definire i Protocolli diagnostico-terapeutici, di monitorarne l'efficacia e di provvedere al loro aggiornamento.

L'organizzazione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:

- **Dipartimenti;**
- **Strutture Complesse (S.C.);**
- **Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);**
- **Strutture Semplici (S.S.);**
- **Area di Ricerca.**

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17 bis del d.lgs 502/92 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari. Il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la centralità dell'organizzazione dipartimentale, con l'obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

I **Dipartimenti sono aggregazioni di Unità Operative omogenee**, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da un apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di Struttura Complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai Direttori di Struttura.

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni interne al dipartimento con preciso riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specialità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD) sono strutture che, in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). **Le Strutture Semplici (SS)** sono strutture che non possiedono



dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza, una quantità di attività definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla SS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma corrisponde ad un unico centro di costo.

Le **Aree di Ricerca** sono aree di attività, di norma affidate a professionisti con incarichi professionale di coordinamento, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi. In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti ne Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n. 23/2008).

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, adotta la logica dipartimentale al fine di facilitare le politiche assistenziali e la ricerca, oltre che favorire una più efficiente e produttiva utilizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Individua le seguenti strutture dipartimentali, secondo le modalità previste nel Regolamento di Dipartimento adottato dall'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari. I Direttore di Dipartimento vengono valutati per l'80% in quanto Direttore di SC e per il 20% sulla base della percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture facenti parte del Dipartimento.

Dipartimento di Staff. Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono di supporto al Direttore Generale nei processi di pianificazione, programmazione e controllo aziendale ma non direttamente dipendente dallo stesso per ciò che concerne la sua organizzazione e gestione, nel rispetto a quanto sancito all'art. 4 del D.lgs 165/2001 e s.m.i.. Le principali funzioni del Dipartimento di Staff sono di seguito indicate:

- **Pianificazione dei servizi sanitari sulla base di analisi di contenuto interno ed esterno;**
- **Programmazione e controllo;**
- **Sicurezza dei pazienti;**
- **Attività consultiva in materia giuridica;**



- **Qualità e formazione.**

Dipartimento della Gestione. Il Dipartimento della Gestione esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e gestionali. Cura inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

Dipartimento dell'Area Medica. Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che gli assistiti siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni. Il dipartimento Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure; la specializzazione è garantita mediante lo sviluppo di competenze specifiche, all'interno del Dipartimento, senza compromettere l'approccio al paziente visto come persona. In virtù della pertinenza clinica e dei modelli sperimentali di interesse ematologico, l'Area di ricerca "Terapie cellulari ed immunologia applicate" viene coordinata dalla SC Ematologia. In forza delle competenze e dei modelli clinici di interesse medico oncologico, l'Area di ricerca "Studi clinici di Fase 1 applicati" viene coordinata dalla SC Oncologia Medica.

Dipartimento dei Servizi. Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà. La "mission" del Dipartimento è di fornire accurate diagnosi isto - citopatologiche, molecolari, di laboratorio, con informazioni di valore prognostico e predittivo che possano essere utilizzare per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Svolge inoltre un servizio per utenti ambulatoriali ed esterni che si rivolgono al Dipartimento per esigenze di "second option" su preparati isto-citopatologici allestiti in altra sede anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale.

Le attività diagnostiche sui campioni operatori e bioptici, di diagnostica molecolare, di citopatologia e di riscontro autoptico sono svolte presso la SC di Anatomia Patologica, mentre le indagini clinico e microbiologiche sono erogate presso il Laboratorio di analisi.

Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano con quelle della BioBanca Istituzionale dove avviene la raccolta sistematiche di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.



Il carattere applicativo di tutte le ricerche laboratoristiche e cliniche si basa sulla gestione coordinata di materiali biologici e informazioni genetico-molecolari che vengono aggregati ed associati nella data base della Biobanca, ottenendo un valore sinergico ed aggiuntivo. La trasversalità delle ricadute cliniche e la necessità di garantire l'opportunità traslazionale ai modelli della progettualità scientifica pongono la SC Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca quale punto di coordinamento delle attività svolte nelle seguenti Area di ricerca:

- **Nanotecnologie applicate;**
- **Farmacologia clinica e pre-clinica applicata;**
- **Biomorfologia funzionale applicata.**

In considerazione dell'incarico ricoperto, il Direttore della SC Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca, riveste il ruolo di vice Direttore Scientifico.

Dipartimento di Diagnosi e Terapia per Immagini. Tale dipartimento rappresenta un'innovazione organizzativa che sancisce il notevole livello assistenziale raggiunto nell'Istituto sviluppando le tecniche integrate di diagnostica nell'ottica di garantire al paziente il più elevato risultato di tipo assistenziale con il minor trauma possibile. Il Dipartimento è formato da Unità Operative che si articolano con percorsi diagnostici e terapeutici utilizzando la scienza delle immagini (sia di tipo radiologico che diretto, per esempio di tipo endoscopico). Tali metodiche vengono eseguite con modalità strumentali mini-invasiva (interventistica/chemioterapie sistemiche e loco regionali integrate con ipertermia/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Nell'organizzazione rientra l'attività della U.O. Fisica Sanitaria che per le sue peculiarità ne è strettamente correlata.

Dipartimento dell'area Chirurgica. Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche nel distretto gastroenterologico, toracico, urologico, otorinolaringoiatrico, nonché patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day hospital e attività specialistica ambulatoriale (day services). L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo qualora indicato la chirurgia mini-invasiva, laparoscopica, prevedendo l'utilizzo del robot in sala operatoria, la ricostruzione plastica e le modalità di trattamento combinato.



14. Contesto dell'emergenza pandemica

In concomitanza con la dichiarazione di emergenza epidemiologica da Covid-19, l'Istituto ha proseguito le proprie attività istituzionali, adottando procedure aziendali per lo *smart working*, come da disposizioni governative. In particolare, con deliberazione del Direttore Generale n. 230 del 11/03/2020, è stato approvato il Regolamento per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria Covid-19, in attuazione dell'art. 2 c.1 lett. r) del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020.

Nell'ambito degli appalti, l'Istituto ha preso atto del documento ANAC, pubblicato in data 30 aprile 2020, contenente la "ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento". Con il predetto documento, l'ANAC ha inteso fornire un quadro delle vigenti disposizioni acceleratorie e di semplificazione in tema di procedure per l'aggiudicazione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, al fine di agevolare le Stazioni appaltanti che ritenessero comunque necessario procedere ad approvvigionamenti nella difficile situazione di emergenza sanitaria in corso.

Altresi, il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito in legge 11 settembre 2020 n. 120, ha costituito un ulteriore intervento organico volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi, all'eliminazione e alla velocizzazione di adempimenti burocratici, alla digitalizzazione della pubblica amministrazione.

L'Istituto ha pertanto adeguato le procedure interne in conformità alle nuove disposizioni normative che in particolare riguardano i seguenti ambiti:

- semplificazioni in materia di contratti pubblici ed edilizia;
- semplificazioni procedurali e responsabilità;
- misure di semplificazione per il sostegno e la diffusione dell'amministrazione digitale;
- semplificazioni in materia di attività di impresa, ambiente e green economy.

Nell'ambito delle donazioni, l'Istituto ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall' art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.



15. Strumenti di gestione

Al fine di evidenziare le caratteristiche complessive dell'organizzazione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, si riportano, sui di seguito i principi e gli strumenti che caratterizzano l'attività dell'Istituto e che caratterizzano anche le attività contrattuali, nonché l'attività di regolamentazione, così come evidenziati nell'Atto Aziendale adottato con Delibera n. 798 del 13/12/2017.

Libera Professione

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, al fine di promuovere lo sviluppo del capitale intellettuale interno, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria. L'attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) è disciplinata da apposito regolamento aziendale all'interno del quale sono evidenziati i criteri organizzativi ispiratori dell'attività:

- **L'attività deve essere effettuata in modo da non confliggere con i fini istituzionali;**
- **I cittadini devono essere sempre informati** dalle strutture aziendali a ciò preposte (URP e Servizio Cup/Ticket) della possibilità di ottenere le prestazioni offerte sia in regime istituzionale che in regime libero professionale;
- **I proventi della libera professione sono ripartiti** tra il professionista e l'Istituto in modo da coprire i costi diretti ed indiretti che l'Istituto sostiene per erogare la prestazione;
- Nel rispetto della **massima trasparenza ed accessibilità alla documentazione** relativa all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari si impegna ad adottare i più aggiornati strumenti di monitoraggio delle liste d'attesa.

La trasparenza come fattore di prevenzione

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari attua i principi stabiliti dalle norme in materia di trasparenza (D.lgs 33/2013) e anticorruzione (Legge 190/2012), nonché gli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). La trasparenza, secondo la definizione normativa vigente, costituisce un livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche. **A questo scopo, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari promuove la trasparenza quale valore fondamentale dell'agire gestionale e dell'organizzazione.** L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari adotta e aggiorna annualmente il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, secondo le



disposizioni vigenti. Aggiorna costantemente la sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale. **Vigila sull’attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi e in materia di conflitto d’interesse.**

Funzioni di controllo interno

Ai fini del riordino e potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati della attività svolte, ai sensi del D.lgs 286/1999 l’Istituto assicura:

- **Il controllo di regolarità amministrativa e contabile;**
- **Il controllo di gestione, con l’obiettivo di ottimizzare il rapporto tra i costi e risultati** anche mediante tempestivi interventi correttivi sull’efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa;
- **La valutazione del personale con incarico dirigenziale;**
- **Il controllo strategico direzionale**, al fine di verificare l’attuazione delle scelte contenute nelle direttive di programmazione. Il controllo di gestione fornisce gli elementi informativi su cui basare, annualmente, la contrattazione di budget, la cui regolamentazione analitica viene aggiornata tramite provvedimento del Direttore Generale.

Gli strumenti della Gestione

Al fine di realizzare le proprie attività l’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” I.R.C.C.S. di Bari si avvale di:

- **Strumenti gestionali di controllo e rendicontazione** dei risultati della propria attività prevalentemente rivolti a soggetti istituzionali (Bilancio, Relazione annuale delle Ricerca ecc.);
- **Strumenti gestionali operativi**, che mirano prevalentemente a garantire il buon funzionamento dell’Istituto, quali i sistemi operativi di rilevazione contabile, programmazione, budgeting, controllo delle attività, gestione della qualità e gestione e valorizzazione delle risorse umane e strumentali.

Le procedure di controllo in uso presso l’Istituto sono conformi a quanto previsto dalle norme in materia di certificabilità.



L'attività contrattuale

L'attività contrattuale è disciplinata con apposito Regolamento aziendale sulla base dei seguenti criteri:

- **La contrattazione si svolge nei limiti di quanto previsto dagli atti di programmazione;**
- **L'attività di contrattazione e la scelta delle modalità negoziali si conformano a criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità.**

Nella contrattazione è assicurato il rispetto dei principi di correttezza, imparzialità, uso riservato delle informazioni nella fase precontrattuale e contrattuale e di ampia concorrenzialità. Tali principi sono in particolare perseguiti prospettando in modo paritario a tutti i concorrenti le opportunità negoziali ed, in particolare, assicurando laddove possibile, l'adeguata informazione in merito all'oggetto del contratto, alle eventuali condizioni contrattuali, ai criteri e alle modalità di individuazione del contraente.

Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'organizzazione ed il funzionamento interno delle varie posizioni funzionali.

16. Gestione del rischio

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'organizzazione con riferimento al rischio.

La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del "Piano della prevenzione della Corruzione", è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai P.N.A. approvati, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, ha proceduto alla mappatura delle aree maggiormente esposte a rischio di corruzione nonché all'individuazione, per ciascuna di esse, dei processi più frequentemente soggetti al rischio corruttivo. In sanità la metodologia di "gestione del rischio" ha come riferimento la **norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines"** la cui metodologia è quella di riferimento nell'allegato 6 del P.N.A.

Le Aree di Rischio comprendono quelle individuate come aree sensibili dall'art. 1 comma 16 della Legge 190/2012 e riprodotte nell'allegato 2 del PNA, nonché quelle ulteriori specificamente connesse alle attività istituzionale dell'Istituto. Per ciascun processo sono stati individuati potenziali



rischi corruttivi, con la valutazione del grado di rischio. In particolare, la “valutazione complessiva del rischio” è stata svolta secondo la metodologia indicata dal PNA. Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di **“probabilità”** e **“impatto”**, prendendo in considerazione i fattori abilitanti e moltiplicando i relativi fattori determinati dalla media della somma degli indici di valutazione della probabilità per la media della somma degli indici di valutazione dell’impatto. Tale analisi del rischio riportata negli allegati (Allegato_1-Analisi dei rischi ; Allegato_2-Priorità trattamento rischi) è stata effettuata con l’ausilio di una piattaforma web centralizzata dedicata al governo delle misure anticorruptive, consentendo un miglioramento qualitativo nella mappatura dei processi e delle misure di mitigazione del rischio.

Nel corso del triennio 2021-2022 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio qualitativa prevista dalle nuove Linee guida ANAC allegata al PNA 2019.

Ciascun dirigente in qualità di Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare, sempre attraverso il software centralizzato, lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (Allegato_3-Stato attuazione misure).

L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dal gruppo di lavoro appositamente costituito con Delibera n. 57 del 23/01/2018, avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina dei Referenti interni per la prevenzione della corruzione”, composto dal Direttore Generale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, i Direttori e Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni. Nella individuazione delle aree a rischio si è tenuto conto delle “Area di rischio obbligatorie” di cui all’art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, nonché delle “Aree Generali” e delle “Aree di rischio specifiche” individuate nel PNA.

L’Allegato 1 al PNA 2019 ha ampiamente integrato e aggiornato le indicazioni presenti nel PNA 2013 e nell’Aggiornamento 2015 al PNA ispirandosi sempre ai principali standard internazionali di risk management. La seguente figura, ripresa dall’Allegato 1, descrive molto bene tutti gli attori generalmente coinvolti, i cui compiti e responsabilità sono stati indicati nel presente documento:





L'analisi preliminare condotta, coinvolgendo tutto il personale aziendale, ha consentito di:

- **migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;**
- **modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;**
- **attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;**
- **modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.**

Il monitoraggio interno, di I e II livello, effettuato nel corso dell'anno 2020 non ha evidenziato criticità particolari, ma ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di garanzia.

Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo. Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso



Efficacia controlli	
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell'Istituto	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell'Istituto	Basso

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un “*alert*” per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

Con riferimento all’analisi del rischio e relativa rendicontazione delle misure di monitoraggio, sono allegati al presente Piano i seguenti documenti cui si rinvia:

- Allegato_1-Analisi dei rischi
- Allegato_2-Priorità trattamento rischi
- Allegato_3-Stato attuazione misure
- Allegato_4-Relazione RPCT
- Allegato_5-Obblighi pubblicazione
- Allegato_6-Organigramma



17. Ponderazione del rischio

L'obiettivo della ponderazione del rischio è, come precisato dall'ANAC, 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».

Pertanto, dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata.

Livello di rischio	Classificazione e identificazione del rischio
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell'effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L'Istituto deve adottare misure ulteriori.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo”, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'amministrazione valutandone l'idoneità



e l'effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

18. Aree a rischio

Aree Generali

- **Contratti pubblici.** E' prevista la documentazione di tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti a partire dal livello di trasparenza. Si dovrà partire dalla definizione delle necessità (identificazione del fabbisogno) per poi passare alla programmazione di acquisto (rilevati annualmente del Bilancio di previsione), alla definizione delle modalità di riferimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.
- **Incarichi e nomine.** E' prevista la definizione del fabbisogno attraverso una verifica delle effettive carenze organizzative al fine di evitare frammentazione artificiose.
- **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.** Sono previste misure che garantiscono una maggiore tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e del sistema di gestione del patrimonio.
- **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.** Al fine di mitigare il rischio corruttivo, le procedure relative alle attività di vigilanza, controllo e ispezione sono standardizzate e codificate secondo il sistema qualità (modelli standard check list).

Aree specifiche

- **Attività libero professionale e liste d'attesa.** L'Istituto adotta ulteriori misure per rafforzare la trasparenza dell'attività svolta in regime di libera professione in tutte le sue fasi anche mediante la standardizzazione di procedure.
- **Farmaceutica, dispositivi, sperimentazioni e sponsorizzazioni.** Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci si documentano tutte le fasi del ciclo di approvvigionamento, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto, anche attraverso la standardizzazione delle procedure.
- **Attività conseguenti al decesso.** L'Istituto adotta misure volte a rafforzare gli strumenti di controllo interno nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza legalità ed eticità nella gestione del servizio mediante l'applicazione della misura della rotazione del



personale dipendente direttamente interessato e l'affissione, nelle camere mortuarie, di registri delle ditte di onoranze funebri autorizzate sul territorio.

19. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase cruciale del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di **verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure** di trattamento del rischio, mentre il **riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso**. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

- **Monitoraggio sull'attuazione** delle misure di trattamento del rischio
- **Monitoraggio sull'adeguatezza** delle misure di trattamento del rischio

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene con **frequenza semestrale** attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni delle strutture aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso **l'analisi degli indicatori** con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio procede con frequenza semestrale secondo il **principio di gradualità**.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorrottivo nel suo complesso.

I Responsabili delle strutture aziendali e i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT, pena l'irrogazione di provvedimenti disciplinari.



20. Obblighi di informazione

I Direttori/Dirigenti/Responsabili delle Area/Strutture/Uffici, nonché i Referenti interni così come individuati nella Delibera. 57 del 23.01.2018, informano tempestivamente il Responsabile della prevenzione della corruzione di qualsiasi anomalia accertata che comporti la mancata attuazione del Piano.

I dipendenti che svolgono attività potenzialmente a rischio corruzione segnalano al Dirigente sovraordinato qualsiasi anomalia accertata indicando, se a loro conoscenza, le motivazioni della stessa. L'Istituto è comunque tenuto a dare applicazione alle disposizioni dell'art. 54 bis del D.lgs 165/2001 in materia di **riservatezza della segnalazione degli illeciti**. Il Responsabile della Prevenzione e i Direttori/Dirigenti/Responsabili delle Area/Strutture/Uffici possono tenere conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori di interessi esterni all'Istituto, purchè non anonime e sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino il rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi. Con riferimento alle attività di sperimentazione il Dipendente è tenuto a fornire una dettagliata informativa circa le situazioni di attuale e/o potenziale conflitto di interesse con riferimento all'attività di sperimentazione così come richiesto dal Regolamento in vigore nell'Istituto.

21. Coordinamento con il Piano delle Performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che “l'efficacia del Piano triennale per la prevenzione della corruzione dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'Amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo **contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione** presenti nell'Amministrazione”.

In particolare, “risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani.

Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera ANAC n. 6 del 2013, alla costruzione di un Ciclo della Performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- alla performance,
- agli standard di qualità dei servizi,
- alla trasparenza,



- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

L'art. 41, c. 1, lett. h), del D.Lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della Legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: "L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti."

L'Istituto adotta un proprio processo di gestione del Ciclo delle Performance. Il contenuto del presente piano sarà integrato con il suddetto piano e gli altri strumenti di programmazione annuale così come richiesto dalla normativa.

In ottemperanza alle vigenti disposizioni, l'Istituto ha previsto un'esplicito collegamento tra gli obiettivi indicati nel Piano delle Performance come di seguito declinati:

- **Obblighi di pubblicazione (trasmissione e pubblicazione documenti in Amministrazione Trasparente)**
- **Stato di attuazione delle misure anticorruptive (rendicontazione e applicazione delle misure nel portale aziendale dell'anticorruzione).**



22. Misure generali e specifiche

Di seguito un elenco delle principali misure generali (MG) e specifiche previste (MS) per tutte le strutture dell'Istituto, meglio illustrate nei capitoli successivi:

Cod.	Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
MG-01	Inconferibilità e incompatibilità	SI
MG-02	Incarichi extra-istituzionali	SI
MG-03	Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
MG-04	Astensione per conflitto di interessi	SI
MG-05	Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
MG-06	Codice di Comportamento	SI
MG-07	Segnalazioni illecite (whistleblowing)	SI
MG-08	Formazione del personale	SI
MG-09	R.A.S.A.	SI
MG-10	Gestore U.I.F.	SI
MG-11	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	SI
MG-12	Patto di integrità	SI
MG-13	Trasparenza	SI
MS-01	Informatizzazione e dematerializzazione	SI
MS-02	Regolamentazione Sponsorizzazioni	SI
MS-03	Regolamentazione Sperimentazioni	SI



MS-04	Controllo attività conseguenti al decesso	SI
MS-05	Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
MS-06	Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
MS-07	Regolamentazione Alienazione immobili	SI
MS-08	Certificazione bilancio di esercizio	SI



23. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con il Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane e con i Dirigenti/Responsabili delle Strutture competenti al conferimento degli incarichi, verifica che sia attuato il monitoraggio **sull'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi conferiti o da conferire, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013**. L'accertamento avviene al momento del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato allegata all'atto di conferimento pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora accertato, contesta all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti. **Il Responsabile della prevenzione, in collaborazione con l'Area Gestione Risorse Umane, verifica che sia attuato il controllo sulla sussistenza di eventuali precedenti penali** in capo ai dipendenti dell'Istituto o a soggetti, anche esterni a cui l'Istituto intende conferire l'incarico di membro di commissione di affidamento di commesse o di concorso di incarichi dirigenziali o di altri incarichi di cui all'art. 3 del D.lgs n. 39/2013.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione di autocertificazione resa dall'interessato conformemente a quanto previsto dall'art. 20 del D.lgs n. 39/2013.

Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Controlli su dirigenza (100%)	Controlli su dirigenza (100%)	Controlli su dirigenza (100%)

24. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)

L'Istituto, tramite apposito atto, definisce i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi di cui all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. nel rispetto di quanto stabilito dall'intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata del 24 luglio 2013. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione ai fini del conferimento dell'autorizzazione, la fattispecie non soggetta ad autorizzazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego



pubblico, la procedura di autorizzazione, l'apparato sanzionatorio e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 362 del 15 giugno 2016, questo Istituto ha approvato l'aggiornamento del Regolamento recante norme di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali ai sensi del D.Lgs 165/2001 e s.m.i..

Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 15 verifiche annuali)	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 20 verifiche annuali)	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 25 verifiche annuali)

25. Incompatibilità successiva (MG-03)

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di **possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.**

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia preconstituito, durante l'attività lavorativa, situazioni da sfruttare a proprio vantaggio in ordine alla sua posizione all'interno dell'amministrazione, per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'Amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale, con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari



dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego.

I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del d.lgs. 39/2013, l'Istituto adotta le seguenti misure:

- **nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) 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;**
- **nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.**

A partire dall'anno 2020, quale misura volta a implementare l'attuazione dell'istituto, raccogliendo il suggerimento dell'ANAC con Delibera n. 1074/2018, si è previsto, l'obbligo per il dipendente al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

26. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato: **"Conflitto d'interesse"**, **il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse**, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia esse endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con



l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati. A tal fine:

- **È stabilito l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento e/o per il titolare dell'ufficio competente** ad adottare il provvedimento finale o atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- **È previsto un dovere di segnalazione** a carico dei medesimi soggetti.

Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale e del Codice di Comportamento Aziendale, 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 egli 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.**

La segnalazione del conflitto d'interesse deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e 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 da quell'incarico lo stesso 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. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sentito il parere degli organi di controllo interni. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere oggetto di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del



provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profitto dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. **E' stata predisposta e adottata un'adeguata modulistica per la rilevazione di situazioni potenziali di conflitto d'interesse con particolare riferimento ai RUP, alle Sperimentazione, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV e del Collegio ed ai consulenti.**

Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Formazione e rilevazioni astensioni (100%)	Formazione e rilevazioni astensioni (100%)	Formazione e rilevazioni astensioni (100%)

27. Rotazione del personale (MG-05)

In sanità l'applicazione 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 che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite si presenta il problema della limitazione, all'interno dell'Istituto, di figure in grado di svolgere determinati e specifici compiti

Tenuto conto di quanto premesso, il soggetto competente alla nomina **valuta le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione.** Nel caso in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto ed in considerazione della competenza professionale del personale; la rotazione non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.



La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia. Già dal 2017, l'Istituto ha completato l'assetto organizzativo con l'assunzione di personale Dirigenziale, delle figure amministrative e professionale, nel rispetto dei posti vacanti e della normativa vigente, che hanno consentito di attuare:

- **L'attuazione della "segregazione delle funzioni"**, come suggerito nel PNA 2016, Determina ANAC 831/2016, per alcuni processi decisione ad alto rischio. In particolare, il processo del **ciclo degli acquisti è stato oggetto una profonda riorganizzazione attraverso la creazione di due strutture SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti** e consentendo l'attribuzione delle responsabilità dei processi a due soggetti differenti e ben individuati;
La ricostituzione dei processi e l'attribuzione delle responsabilità nel settore ha riguardato anche:
- **la costituzione di una SS di Ingegnera Clinica**, nell'ambito della SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici, con l'individuazione di un responsabile;
- l'istituzione all'interno della SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti della **Posizione Organizzativa Appalti e Contratti**.

In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- **affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore"** al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- **formazione graduale dei dipendenti** coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.



Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Adozione Regolamento sulla rotazione di almeno 4 dipendenti	Applicazione regolamento rotazione di almeno 5 dipendenti	Applicazione regolamento rotazione di almeno 6 dipendenti

28. Codice di Comportamento (MG-06)

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità. Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'Istituto, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.lgs n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 62/2014 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). **Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell'Istituto e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione**, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Istituto.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando **viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento**, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a **responsabilità disciplinare**. Nel corso del 2018 si è provveduto a predisporre l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, previa condivisione con le OO.SS., approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 684 del 26/07/2019, continuando con l'attività di diffusione dello stesso tra tutto il personale dipendente e non dell'Istituto, in applicazione a quando previsto dalla normativa vigente.



Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Monitoraggio applicazione Codice di comportamento	Monitoraggio applicazione Codice di comportamento	Monitoraggio applicazione Codice di comportamento

29. Segnalazioni illeciti (MG-07)

La legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower). La norma tutela il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, impedendo che lo stesso possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad ogni tipo di discriminazione in ragione della denuncia. **Il procedimento per la gestione delle segnalazioni ha come scopo precipuo quello di proteggere la riservatezza dell'identità del segnalante in ogni fase** (dalla ricezione alla gestione successiva), anche nei rapporti con i terzi cui l'amministrazione o l'A.N.AC. dovesse rivolgersi per le verifiche o per iniziative conseguenti alla segnalazione. L'obiettivo del presente strumento, dunque, è quello di incoraggiare i dipendenti pubblici a denunciare gli illeciti di cui vengano a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro e, al contempo, a garantirne un'efficace tutela.

E' opportuno inoltre evidenziare che con la **Legge, 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017, il nostro legislatore ha introdotto nuove norme a tutela del dipendente che segnale illeciti.**

La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino. In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che **il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere per motivi collegati alla segnalazione, soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.**

Reintegrazione nel posto di lavoro.



La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.

Sanzioni per gli atti discriminatori.

L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. Inoltre, l'ANAC applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

Segretezza dell'identità del denunciante.

Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

Blocco della tutela.

Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.

L'Istituto ha avviato l'iter di adozione di un sistema informatizzato cifrato per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni degli illeciti che potrà garantire l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla **Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"** e nell'osservanza del Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, giusta Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018. Il Responsabile per la



prevenzione della corruzione provvederà contestualmente alla predisposizione di specifico Regolamento interno per la gestione della procedura di whistleblowing destinato al personale aziendale, altresì organizzando attività formative per tutti i dipendenti.

Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni

30. Formazione del personale (MG-08)

La formazione riveste un ruolo fondamentale nell'attività di prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell'integrità. Tale importanza è stata chiaramente evidenziata dal nostro Legislatore nell'art 1 commi, 5, 8, 9, 10, 11 dalla Legge 190/2012, avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" imponendo l'obbligo alle pubbliche amministrazioni di **adottare percorsi formativi specifici nell'ambito della prevenzione della corruzione rivolti a tutto il personale.**

La formazione è lo strumento principale per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo. In generale sono previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

1. **Formazione generale.** E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.

2. **Formazione specifica.** E' rivolta al Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a



rischio sulle politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione.

Programmazione triennale della misura	2021	2022	2023
	Aggiornamento formativo per dirigenti e impiegati (almeno il 50% di presenze)	Aggiornamento formativo per dirigenti e impiegati (almeno il 60% di presenze)	Aggiornamento formativo per dirigenti e impiegati (almeno il 70% di presenze)

31. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 16/01/2018 avente ad oggetto "Nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)" è stato individuato un dipendente Titolare di posizione organizzativa Appalti e Contratti, facente parte dalla SSD Appalti e Contratti, il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

32. Gestore segnalazioni UIF (MG-10)

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'Istituto prevede, nel corso dell'anno 2021, la nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria). Altresì si prevede l'adozione di specifico Regolamento interno in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.



Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Nomina Referente per le segnalazioni UIF - Adozione regolamento interno	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni

33. Verifica procedimenti penali a carico dei dipendenti (MG-11)

L'art. 16, comma 1, lettera L-quater, del D.Lgs. 30/3/2001 n. 165 e ss.mm.ii. dispone che i Dirigenti "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

La presente circostanza viene ribadita dall'ANAC nell'alveo del paragrafo 10 del PNA 2018 approvato con Deliberazione n. 1074 del 21 novembre 2018.

Infatti, l'art. 35-bis del D.Lgs. 30/3/2001 n. 165 e ss.mm.ii. testualmente recita:

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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



sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

I dipendenti sono tenuti ad osservare i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta, come disposto dal comma 1 dell'art. 1 del D.P.R. 62/2013 e dal vigente Codice di Comportamento aziendale, nonché a svolgere i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui sono titolari.

Al fine di effettuare apposito monitoraggio diretto ad accertare la sussistenza, nell'ambito dei dipendenti dell'Istituto, di eventuali fattispecie innanzi dette e dare attuazione alle richiamate disposizioni, il RPCT rileva annualmente, con il supporto dell'Area del Personale, le attestazioni di insussistenza/sussistenza di procedimenti da parte di tutto il personale aziendale, tra cui le seguenti informazioni:

- a) avvio di procedimenti penali per condotte riferibili ai reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale;
- b) eventuali misure cautelari restrittive della libertà personale;
- c) di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale.

Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Acquisizione e verifica attestazioni	Acquisizione e verifica attestazioni	Acquisizione e verifica attestazioni



34. Patto di integrità (MG-12)

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante dei concorrenti ea una gara di appalto.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eludere. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Istituto adotta un patto di integrità prevedendo l'obbligo da parte degli operatori economici concorrenti di produrre lo stesso, debitamente sottoscritto, in sede di gara, in tutte le procedure di affidamento di servizi, lavori e forniture, pena l'esclusione dalla gara.

35. Informatizzazione e dematerializzazione (MS-01)

Un aspetto di rilievo sostanziale nella prevenzione del rischio di corruzione riguarda **l'informatizzazione dei processi** e la gestione informatica del patrimonio informativo dei dati prodotti dalla Pubblica Amministrazione.

Il Codice dell'Amministrazione Digitale contiene una puntuale disciplina su questi aspetti. "... Le pubbliche amministrazioni nell'organizzare autonomamente la propria attività utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la **realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione** nel rispetto dei principi di uguaglianza e di non discriminazione, nonché per l'effettivo riconoscimento dei diritti dei cittadini e delle imprese ..." (art. 12). "... Le Pubbliche Amministrazioni gestiscono i **procedimenti amministrativi** utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Per ciascun procedimento amministrativo di loro competenza, esse forniscono gli opportuni servizi di interoperabilità e cooperazione applicativa, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 2. 2." (art. 41).

Il Sistema Informativo dell'Istituto si avvale dei numerosi strumenti e servizi ICT che, opportunamente integrati con gli applicativi verticali di supporto ai processi di lavoro (Protocollo, Gestione Delibere e Determinazioni, Gestione documentale, PEC, Firma digitale elettronica, cartella clinica informatizzata, sistema contabile interoperabile, gestione ordine



elettronico NSO) consentono la completa dematerializzazione di tutti i documenti in entrata, in gestione, in uscita, nonché del patrimonio informativo aziendale.

Altresì, in conseguenza degli obblighi imposti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale dal Piano della Sanità Digitale, questo Istituto ha adottato il proprio Piano di Transizione dei Sistemi Informativi Sanitari (clinici e amministrativi) nel “cloud computing” della Regione Puglia ex DGR Puglia n. 1803 del 16 ottobre 2018, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 05 febbraio 2019.

Infine, l'Istituto ha aderito al Contratto Quadro, stipulato in data 08 novembre 2017 tra Consip SpA e la RTI aggiudicataria per il lotto 5, ove sono previsti una serie di interventi di manutenzione evolutiva delle piattaforme tecnologiche sanitarie aziendali, ivi compresa l'implementazione di un sistema integrato gestionale del Ciclo Ambulatoriale con la sostituzione dell'attuale Cartella Ambulatoriale e Repository clinico, con migrazione ad un nuovo sistema informativo CUP di prenotazione delle prestazioni sanitarie. L'Istituto ha quindi aderito al Contratto Quadro e approvato il Progetto Esecutivo del RTI con deliberazione del Direttore Generale n. 349 del 24 aprile 2019. Con deliberazione del Direttore Generale n. 470 del 28/05/2019 l'Istituto ha stipulato un contratto di locazione pluriennale di una porzione di immobile di proprietà dello Stato sita in Via Camillo Rosalba da destinare alle attività amministrative permettendo di attivare strumenti tecnologici tali da minimizzare l'impatto sulle procedure lavorative e il disagio dei lavoratori.

36. Sponsorizzazioni (MS-02)

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra l'Istituto e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30 gennaio 2019, è stato approvato il Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e



sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l'Istituto intende avviare l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- Quinta Sezione - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni potranno essere acquisite tramite piattaforma informatizzata Agenas e utilizzate per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Attivazione servizio web Agenas - monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale

37. Sperimentazioni (MS-03)

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici



programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

L'Istituto è altresì consapevole che la gestione dei proventi derivanti da tale attività può essere di rilevante, tale da indurre a ritenere tale Area ad alto rischio corruttivo. Pertanto l'Istituto al fine di **disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali** eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto, si è dotato di un apposito **Regolamento in materia di Sperimentazioni** giusta deliberazione del Direttore Generale n. 28/04/2017, che disciplina tutta l'attività di gestione della sperimentazione, a cui si affiancano procedure di controllo miranti a verificare situazioni di possibili conflitti di interesse, che nel corso del triennio 2021-2023 si prevede di potenziare. Inoltre, è opportuno evidenziare che l'Istituto ha anche regolamentato l'attività del Comitato Etico.

38. Attività conseguenti al decesso (MS-04)

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. L'Istituto consapevole di tale rischio ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono **l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio**, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte.

39. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)

L'istituto pone molta attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'organizzazione con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni. Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi sul sito dell'Istituto;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito dell'Istituto.



L'Istituto ha altresì predisposto una bozza di Regolamento per le donazioni e comodati d'uso in fase di adozione nei primi mesi dell'anno 2019, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019.

40. ALPI e Liste di attesa (MS-06)

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario. L'Istituto consapevole di tale rischio e nell'ottica di non limitare il diritto di libera scelta del paziente ha adottato uno specifico regolamento per lo svolgimento dell'attività A.L.P.I. L'Istituto prevede l'applicazione di **specifiche misure di mitigazione dei rischi** tra cui:

- Procedura che consente il monitoraggio continuo tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale;
- Procedura che consente il controllo dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prenotata;
- Procedura che consente la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo periodico aggiornamento;
- Procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa.

41. Alienazione immobili (MS-07)

Con riferimento alla gestione del presente processo è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare ed alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione. E' opportuno evidenziare che in tale processo devono essere considerate tutte le tipologie di beni, a qualunque titolo pervenute nell'Istituto (esempio donazioni).

L'istituto, pertanto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal D.lgs 33/2013 relativi alla **pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili**, prevede l'adozione un apposito Regolamento che disciplini le procedure di dismissioni di tali beni, nonché la possibilità della gestione informatizzata del libro cespiti. Tale attività sarà subordinata al completamento dell'attività di rilevazione fisica e successiva inventariazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto.

In particolare, già dal mese di gennaio 2018, sono state avviate le attività di rilevazione ed inventariazione dei beni presenti nell'Istituto le cui attività sono in fase di conclusione attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.



42. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)

Nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, l'Istituto ha avviato tutte le procedure finalizzate ad ottenere la certificazione del proprio bilancio d'esercizio, giusta Deliberazione del Direttore Generale del 28.09.2012 n. 24 avente ad oggetto: "Deliberazione della Giunta Regionale 30 maggio 2012, n. 1060 ad oggetto "Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilanci della aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici ai sensi dell'art. 11 del Patto per la Salute di cui all'Intesa CRS del 03.12.2009 e L.R. 2/2011". Come conseguenza sono stati definiti i Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) per le aziende del SSR, che hanno consentito l'avvio di tutte le attività propedeutiche. In particolare la Regione Puglia - Area Finanza e Controlli – Servizio Controlli, con nota prot. AOO_170/000354 del 21 maggio 2015, acquisita al protocollo dell'Istituto n. 10934 del 25 maggio 2015, avente ad oggetto: "Percorso Attuativo di Certificabilità degli Enti del SSR giusto Decreto Ministero della Salute – Economia e Finanze del 01 marzo 2013" con la quale la Regione Puglia ha chiesto a questo Istituto di partecipare al progetto di revisione volontaria del bilancio dell'IRCCS per il triennio 2014-2016 secondo la proposta presentata dalla Mazars Spa (ora BDO Italia Spa), componente della RTI aggiudicatario del Lotto n. 3.

Tale proposta, accettata dalla Direzione Strategica ha consentito di ottenere la Certificazione del Bilancio d'esercizio da parte della Mazars Spa (ora BDO Italia Spa) a partire dell'anno 2014, permettendo all'Istituto di essere la prima azienda del servizio sanitario regionale ad aver ottenuto la certificazione dei propri bilanci.

Sempre tra le attività prevista dai PAC nel corso del 2017, con delibera 304 del 30.05.2017 è stato adottato il provvedimento, avente per oggetto: "Adozione Manuale Amministrativo - Contabile dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS di Bari", con il quale sono stati personalizzati tutti i processi amministrativi con la collaborazione di tutti i dirigenti delle Aree gestionali Aziendali. In particolare, con ultima deliberazione del Direttore Generale n. 562 del 15 luglio 2020, si è dato atto dell'avvenuta certificazione del bilancio d'esercizio per l'anno 2019.

Infine, con deliberazione del Direttore Generale n. 997 del 31 dicembre 2020, si è provveduto ad approvare le integrazioni al Bilancio preventivo economico 2021 e al Bilancio pluriennale 2021-2023, alla luce delle indicazioni pervenute dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.



43. Benessere organizzativo

L'Istituto ha previsto nel corso degli ultimi anni dei percorsi legati al miglioramento del benessere organizzativo dei propri dipendenti attraverso una solida collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Queste attività possono avere un impatto anche in termini di maggiore integrità delle azioni svolte dal personale dell'azienda che trovano il fondamento sulla ricerca del maggior benessere sul posto di lavoro.

44. Azioni di coinvolgimento della società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione è necessario garantire il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza per l'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza.

Risponde a questa esigenza la pubblicazione on-line dell'avviso pubblico di aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In senso innovativo, per rendere partecipe l'utenza dei risultati raggiunti, è istituita la **Giornata della Trasparenza**, organizzata con il coordinamento del RPCT.

Gli strumenti sviluppati e attualmente utilizzati per consentire la diffusione sono inoltre:

- Sito dell'Istituto sezione "News e Comunicazioni":
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>
- Sezione del sito dedicata alla Trasparenza;
- <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>.



SEZIONE II

45. Piano della Trasparenza (MG-13)

La trasparenza costituisce uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione ed è intesa come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni" con lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'Istituto "Tumori Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i.

La tabella in allegato denominata "Allegato_5-Obblighi_publicazione" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 97/2016, applicabili all'Istituto e i soggetti competenti alla trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

L'Istituto ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati. L'Istituto dà attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo.

L'Istituto inoltre, consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, ai sensi del decreto 33/2013 e s.m.i. 4. In ossequio alla vigente normativa, gli obblighi di trasparenza costituiscono una sezione del Presente Piano che viene pubblicato sul sito istituzionale dell'IRCCS nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione altri contenuti/corruzione".

Il Piano di attuazione della Trasparenza deve porsi in relazione al ciclo di gestione della Performance e deve di conseguenza consentire la piena conoscibilità di ogni componente del Piano e dello stato della sua attuazione.



Il diritto dei cittadini di conoscere l'assetto strutturale e il modo di operare delle amministrazioni pubbliche, e, nello specifico, dell'Istituto Giovanni Paolo II di Bari e dei suoi operatori, finalizzato al conseguente controllo sociale sulla *res publica*, deve essere, comunque, conformato al rispetto del principio di proporzionalità previsto dalla vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679). Tale principio è volto a garantire che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione siano pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati, anche alla luce delle delibere dell'Autorità Garante in materia di protezione dei dati personali, e comporta altresì la necessità di provvedere all'archiviazione dei dati non più aggiornati, con particolare riguardo ai dati informativi inerenti al personale.

46. Accesso civico semplice e generalizzato

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal D.Lgs. n. 33/ 2013 e s.m.i sono obbligatorie. Nei casi in cui l'Istituto abbia omissso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. **La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile della trasparenza dell'Istituto.**

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza provvederà, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale. Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il Responsabile della Trasparenza richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

Nel caso di ritardo o di mancata risposta l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo. Nel caso di silenzio dell'Amministrazione il richiedente potrà proporre ricorso al giudice amministrativo entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.



Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi ai sensi dell'art. 5 bis del D.lgs 33/13. **Sono escluse da detta facoltà i casi di:**

- **segreto di Stato;**
- **la sicurezza nazionale;**
- **la difesa e le questioni militari;**
- **le relazioni internazionali;**
- **la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato; f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;**
- **il regolare svolgimento di attività ispettive.**

Non è possibile effettuare l'accesso generalizzato in presenza di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990. **La suddetta facoltà di accesso è altresì esclusa nel caso in cui il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati quali:**

- **protezione dei dati personali;**
- **libertà e segretezza della corrispondenza;**
- **interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali**

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. **L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:**

- **all' Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;**
- **all' Ufficio Relazioni con il Pubblico;**
- **ad altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.**

Nel caso in cui l'accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali),



L'Istituto ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione). Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Istituto provvederà sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato. Il procedimento di accesso generalizzato si concluderà con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

E' stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione dell' "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentato dall'anno 2018.

L'Istituto con delibera n. 745 del 23.11.2017 avente ad oggetto: "Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico", ha adottato un apposito Regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

47. Bilanciamento tra Privacy e Trasparenza

La presenza di dati personali negli atti e nei documenti conoscibili o diffusi dall'Istituto richiede una valutazione "caso per caso" al fine di **rispettare i diritti e le libertà degli interessati.**

In ossequio ai principi applicabili al trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (proporzionalità, pertinenza e non eccedenza), è necessario valutare se la finalità di trasparenza e di diffusione può essere perseguita senza divulgare dati personali o adottando modalità che permettano di identificare gli interessati solo quando è necessario (limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati).

L'Istituto deve rispettare anche il principio di proporzionalità secondo il quale i dati pubblicati o diffusi devono essere pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite. Nel



caso di dati sensibili o giudiziari a questi due principi si aggiunge quello della “indispensabilità”. I dati possono essere diffusi solo quando la diffusione è realmente indispensabile.

In ossequio ai predetti principi:

- a) è ammessa la pubblicazione dei dati personali, diversi dai dati sensibili e giudiziari, attraverso il sito web istituzionale (albo pretorio, amministrazione trasparente), nonché il loro trattamento secondo modalità che ne consentono la indicizzazione e la rintracciabilità tramite i motori di ricerca web ed il loro riutilizzo, a condizioni che rientrino nelle fattispecie previste dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i.. Negli altri casi i dati personali eventualmente presenti devono essere resi in forma anonima, nel rispetto del vigente Codice Privacy (d.lgs 196/03 così come modificato dal d.lgs. 101/2018);
- b) la pubblicazione di dati relativi a titolari di Organi di Indirizzo Politico e di Uffici o incarichi di diretta collaborazione, nonché a Dirigenti titolari degli Organi Amministrativi è finalizzata alla realizzazione della trasparenza pubblica, che integra una finalità di rilevante interesse pubblico nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Non sono pubblicate, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermità e degli impedimenti personali o familiari che causino l'astensione dal lavoro, nonché le componenti della valutazione o le notizie sul rapporto di lavoro idonee a rivelare dati sensibili o giudiziari;
- c) Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, è necessario rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione;
- d) restano esclusi dalla pubblicazione le informazioni e i documenti coperti da segreto di Stato, i casi di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge o da regolamento, quelli previsti dalla normativa europea in materia di tutela del segreto statistico e qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.



48. Collaborazione tra RPCT e DPO

Con riferimento ai rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, che il **RPCT è scelto fra personale interno diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna o esterna** sulla base di un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Fermo restando, quindi, che il RPCT è sempre un soggetto interno, qualora il RPD sia individuato anch'esso fra soggetti interni, l'ANAC (Delibera n. 1074/2018) ritiene che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti, che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD (noto anche come DPO) che al RPCT.

Resta inteso che, per le **questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT**, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Riprendendo l'esempio di cui alla Delibera ANAC 1074/2018, si consideri il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013. In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del DPO nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali. Ciò sebbene il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio competente che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

Di seguito si riportano i principali provvedimenti adottati in materia di protezione di dati personali da parte dell'IRCCS di Bari:

1. Nomina del RPD con deliberazione del Direttore Generale n. 395 del 24 maggio 2018;



2. Adozione Regolamento interno di attuazione del Regolamento UE 2016/679 giusta deliberazione del Direttore Generale n. 795 del 12 ottobre 2018;
3. Costituzione del Gruppo di Lavoro Privacy giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1020 del 03 dicembre 2019;
4. Adozione di Linee guida Privacy per il trattamento di dati personali a scopo di ricerca scientifica giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1100 del 27 dicembre 2019;
5. Predisposizione di linee guida per Sponsor/Promotori nell'ambito del monitoraggio da remoto per finalità di *Source Data Verification* negli Studi Clinici.

49. Piano delle attività

In seguito all'approvazione del presente Piano ed in attuazione degli ulteriori adempimenti previsti dalla legge n. 190 del 2012 e s.m.i. l'Istituto si impegna ad eseguire, principalmente, le attività di seguito indicate nel rispetto dei tempi ivi indicati:

Descrizione	Responsabile	Tempi
Adozione del PTPCT 2021-2023	RPCT – Direzione Aziendale	Entro il 31/03/2021
Comunicazione dell'aggiornamento del PTPCT 2021-2023	RPCT e Referenti interni	Contestuale all'entrata in vigore
Applicazione e monitoraggio del Codice di Comportamento	RPCT e UPD Direzione Aziendale	Durante il triennio
Sensibilizzazione e formazione del personale aziendale	RPCT e Responsabile Formazione aziendale	Durante il triennio
Perfezionamento mappatura processi, misure di mitigazione del rischio ed analisi del rischio, tramite piattaforma web aziendale	RPCT e Referenti interni	Durante il triennio



Definizione di misure specifiche rivolte alla riduzione del rischio relativo alla gestione attività ALPI e liste di attesa	RPCT e Controllo di Gestione e Qualità	entro 31/12/2021
Adozione Regolamento sulle rotazioni del personale	RPCT e Direzione - Personale	entro 31/12/2021
Adozione Regolamento per disciplinare le modalità di accesso degli informatori scientifici	RPCT e Direzione - Personale	entro 31/12/2021
Attivazione servizio Agenas per le dichiarazioni pubbliche di interesse	RPCT - Direzione - Personale	entro 31/12/2021
Adozione di Regolamento sulla videosorveglianza in conformità al Regolamento UE 2016/679	Responsabile Area Tecnica	entro 31/12/2021
Adozione di Regolamento interno per la gestione dei conflitti di interesse	RPCT e Direzione - Personale	entro 31/12/2021

50. Relazione RPCT

Entro il 15 dicembre di ogni anno, ovvero entro il 31 gennaio su proroga dell'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza elabora una relazione (Allegato_4-Relazione RPCT), ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, da pubblicare esclusivamente nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Altri contenuti-Corruzione" del sito istituzionale, secondo la Scheda Relazione RPCT predisposta dall'ANAC.

51. Clausola di rinvio

Il presente Piano potrà subire modifiche o integrazioni per esigenze di adeguamento alle eventuali future indicazioni provenienti da fonti nazionali o regionali competenti in materia. In ogni caso il Piano è aggiornato con cadenza annuale ed ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti



dell'organizzazione o dell'attività dell'IRCCS. Gli aggiornamenti annuali e le eventuali modifiche in corso di vigenza sono proposte dal Responsabile per la prevenzione della corruzione ed approvate con deliberazione del Direttore Generale. Degli aggiornamenti e delle eventuali modifiche in corso di vigenza sarà data adeguata evidenza mediante pubblicazione della versione modificata del documento sul sito istituzionale dell'Istituto nella sezione "Amministrazione trasparente" nonché mediante segnalazione via e-mail personale a ciascun dipendente. Per tutto quanto non espressamente disciplinato nel presente Piano si applicano le disposizioni vigenti in materia ed, in particolare, la legge n. 190 del 2012, il d.lgs. n. 33 del 2013 e il d.lgs. n. 39 del 2013 e ss.mm.ii.

52. Entrata in vigore

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione 2021 – 2023 entra in vigore il giorno successivo alla deliberazione del provvedimento di adozione con la pubblicazione sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

53. Allegati

- **Allegato_1-Analisi dei rischi**
- **Allegato_2-Priorità trattamento rischi**
- **Allegato_3-Stato attuazione misure**
- **Allegato_4-Relazione RPCT**
- **Allegato_5-Obblighi di pubblicazione**
- **Allegato_6-Organigramma**