



SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA P.I.A.O.

30 aprile 2022

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



RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE

Viale Orazio Flacco n.65, 70124 Bari – Tel. 080-5555053

C.F. e P.I. 00727270720

mail: segreteriaadg@oncologico.bari.it -pec: direzione.generale@pec.oncologico.bari.it



REGIONE
PUGLIA

1. Introduzione	4
2. Procedimento di elaborazione e adozione del Piano.....	5
3. Modello organizzativo	5
4. Obiettivi strategici	8
5. Coordinamento con il Piano delle Performance	9
6. Analisi del contesto esterno	10
7. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	18
8. Contesto interno.....	25
9. Mappatura processi.....	26
10. Valutazione del rischio	28
11. Monitoraggio e riesame	31
12. Misure generali e specifiche	33
13. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01).....	34
14. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)	35
15. Incompatibilità successiva (MG-03).....	35
16. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	36
17. Rotazione del personale (MG-05).....	38
18. Codice di Comportamento (MG-06)	39
19. Segnalazioni illeciti (MG-07)	40
20. Formazione del personale (MG-08).....	41



21. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)	42
22. Gestore segnalazioni UIF (MG-10).....	42
23. Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11).....	43
24. Patto di integrità (MG-12).....	44
25. Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)	44
26. Sponsorizzazioni (MS-02)	46
27. Sperimentazioni (MS-03).....	47
28. Attività conseguenti al decesso (MS-04)	47
29. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)	48
30. ALPI e Liste di attesa (MS-06).....	48
31. Alienazione immobili (MS-07).....	49
32. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	49
33. Benessere organizzativo	50
34. Azioni di coinvolgimento della società civile.....	50
35. Emergenza epidemiologica Covid-19.....	51
36. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	52
37. Trasparenza amministrativa (MG-13).....	52
1. Accesso Civico semplice e generalizzato.....	53
2. Trasparenza e Privacy	55
3. Allegati.....	56



SEZIONE “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA”

1. Introduzione

Il presente documento costituisce la **sezione del P.I.A.O.** (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) **dedicata ai “Rischi corruttivi e Trasparenza”** per il periodo 2022-2024 dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” – I.R.C.C.S. di Bari (d’ora in avanti anche “Istituto”), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione 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 vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2019).

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:

- **Caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico per la valutazione d’impatto del contesto esterno;**
- **Caratteristiche della struttura organizzativa interna e dei processi per la valutazione di impatto del contesto interno;**
- **Mappatura dei processi con particolare riferimento a quelli finalizzati al raggiungimento/incremento del “valore pubblico”;**
- **Analisi dei rischi corruttivi e programmazione delle misure di mitigazione;**
- **Monitoraggio sull’attuazione e sull’efficacia delle misure applicate;**
- **Programmazione delle misure della trasparenza amministrativa e dell’accessibilità.**



2. Procedimento di elaborazione e adozione del Piano

In considerazione della valenza programmatica del Piano (ovvero della sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” all’interno del PIAO di cui all’art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i.) 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 RPCT elabora una proposta di aggiornamento del Piano che viene poi adottata dall’organo di indirizzo politico con deliberazione del Direttore Generale.

Nella fase di aggiornamento del Piano si tiene conto:

- degli obiettivi strategici aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- delle risultanze del monitoraggio dell’attività svolta nell’anno precedente
- di quanto segnalato dai referenti del RPCT e da tutti gli stakeholder interessati a seguito di consultazione pubblica del Piano.

All’elaborazione del presente Piano hanno partecipato i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali in quanto detentori della necessaria conoscenza dei processi decisionali e dei relativi rischi corruttivi, assieme a tutti i dipendenti dell’Istituto.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l’Istituto si è dotato di un applicativo informatico che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all’impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l’aggiornamento complessivo del Piano.

Il “cruscotto” a disposizione dell’utente fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

3. Modello organizzativo

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 un'ulteriore 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 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.

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 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 professionali 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 nel 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.

I Direttori 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 stesso.

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 utilizzate 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 gastroenterologo, 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.

4. Obiettivi strategici

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.

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 applicazione della misura della rotazione ordinaria del personale nelle aree maggiormente a rischio corruttivo;
- **Implementazione dei processi di verifica e controllo sugli atti** adottati dall'Istituto, al fine di garantire il rispetto delle misure per l'anticorruzione e trasparenza;
- **Monitoraggio periodico (I e II livello) 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;
- **Intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di "conflitto di interessi"** nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito della sperimentazioni e sponsorizzazioni.

5. 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".

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.

I processi mappati per l'analisi del rischio corruttivo, costituiscono la base di partenza per il controllo di gestione che sarà implementato gradualmente, così come avverrà per la misurazione della Performance, anche tenendo conto delle misure di mitigazione adottate per la prevenzione della corruzione.

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.



Tenuto conto della distinzione, descritta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Istituto, tra performance organizzativa, oggetto degli obiettivi delle schede di budget e legata al contributo che ogni struttura dà al perseguimento degli obiettivi strategici annuali, e la Performance individuale, che valorizza il contributo che il singolo dipendente (dirigenza e comparto) dà all'attuazione della strategia e inoltre si basa su valutazioni di tipo qualitativo e comportamentale, risulta quindi evidente che la tematica dell'anticorruzione è oggetto di attenzione nell'ambito appunto della performance individuale, come responsabilità individuale per quanto attiene sia al rispetto dei Codici di Comportamento, sia al rispetto dei Regolamenti e come responsabilità in vigilando per l'attenzione alla gestione delle risorse affidate.

Tra gli obiettivi strategici ed operativi previsti dal Piano delle Performance, sono presenti anche quelli relativi agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, come di seguito elencati:

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 trasmissione e pubblicazione** (trasmissione e pubblicazione atti e informazioni di competenza in Amministrazione Trasparente)
- **Monitoraggio procedure contenute nel Piano di prevenzione della corruzione** (audit con rendicontazione delle misure applicate).

6. Analisi del contesto esterno

L'analisi del **contesto esterno** ha come obiettivo quello di **evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi** al proprio interno.

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.

Per l'aggiornamento del contesto esterno si è tenuto conto in primis delle principali competenze istituzionali come di seguito elencate:

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 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 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



RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE

Viale Orazio Flacco n.65, 70124 Bari – Tel. 080-5555053

C.F. e P.I. 00727270720

mail: segreteriaidg@oncologico.bari.it -pec: direzione.generale@pec.oncologico.bari.it



REGIONE
PUGLIA



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.

Nel corso dell'anno 2021 l'Istituto ha stipulato alcune specifiche Convenzioni come di seguito elencate:

- Convenzione con l'Associazione di Promozione Sociale "Verso Est" -Partenariato-Cooperazione Regione Puglia- con sede legale in Taranto, per la realizzazione del Progetto "Dalla Puglia alla Russia - un ponte per la salute" gemellaggio fra questo Istituto e i Centri Oncologici della Federazione Russa (deliberazione del Commissario Straordinario n. 704 del 3 dicembre 2021);
- Convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico per prestazioni specialistiche e consulenze nefrologiche, accessi vascolari e trattamenti dialitici. Rinnovo per gli anni 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 679 del 26 novembre 2021);



- Convenzione con IKOS Scuola di Specializzazione Quadriennale in Psicoterapia PNL di Bari per consentire agli allievi (Medici e Psicologi) frequentanti la Scuola IKOS di svolgere l'attività di tirocinio (deliberazione del Commissario Straordinario n. 659 del 26 novembre 2021);
- Convenzione Quadro con l'Università degli Studi della Basilicata - Dipartimento delle Culture Europee e del Mediterraneo – DiCEM (deliberazione del Commissario Straordinario n. 631 del 12 novembre 2021);
- Convenzione con la Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata POLICLINICO di Bari per gestione delle emergenze/urgenze a favore dei pazienti oncologici dell'IRCCS arruolati negli studi fase I. Rinnovo per gli anni 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 606 del 29 ottobre 2021);
- Convenzione con l'Associazione Interstudi Europei di Chiasso per attività di tirocini di formazione ed orientamento curriculari (deliberazione del Commissario Straordinario n. 555 del 15 ottobre 2021);
- Convenzione con l'AOUC Policlinico di Bari per l'utilizzo da parte del Centro Regionale Trapianti Puglia, della Biobanca Istituzionale dell'Istituto. Attivazione Bioconservatorio CRT—Puglia presso la Biobanca Istituzionale (deliberazione del Commissario Straordinario n. 515 del 04 ottobre 2021);
- Convenzioni ASL BA e IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" per l'attività di consulenza in ANATOMIA PATOLOGICA, EMATOLOGIA e CHIRURGIA TORACICA, a seguito di trasferimento di funzioni di competenza oncologica. Rinnovo annualità 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 496 del 04 ottobre 2021);
- Convenzione Quadro tra l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare di Frascati e il Dipartimento di Fisica dell'Università degli Studi di Bari - Presa d'atto dell'istituzione del Comitato Permanente Paritetico (deliberazione del Commissario Straordinario n. 491 del 30 settembre 2021);
- Convenzione trilaterale tra l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari e l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari per la realizzazione del Progetto "Endoscopia Digestiva" (deliberazione del Commissario Straordinario n. 397 del 14 luglio 2021).

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 vengono 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.**

Di seguito la matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) di eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto e dell'incidenza degli interessi degli stakeholder a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

STAKEHOLDER DI INPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
PROGRAMMAZIONE	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • AReSS • Agenas • Ministero della Salute • MEF • Università • Enti di Ricerca • Comunità scientifica <u>Soggetti privati</u> <ul style="list-style-type: none"> • Associazioni di categoria 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
FINANZIAMENTO	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • Regione • Ministero Salute • Altri soggetti pubblici <u>Soggetti privati</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aziende • Cittadini 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
PRODUZIONE	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aziende di Servizi alla Persona <u>Soggetti privati</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fornitori • Dipendenti Sponsor 	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto
STAKEHOLDER DI OUTPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
INTERESSI SOCIALI ED ISTITUZIONALI	<u>Attori sociali</u> <ul style="list-style-type: none"> • Cittadini • Regione "Assessorato Salute" • Ministero della Salute • Università • Enti di Ricerca • Comunità scientifica • ARPA 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio



	<ul style="list-style-type: none"> • Comuni • Istituti scolastici • Associazioni volontariato • Organizzazioni sindacali • Tribunale diritti del malato • FIASO • Federfarma • Ordini professionali 				
--	---	--	--	--	--

L'interazione con i soggetti sopra indicati in relazione alla numerosità degli stessi e alla rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto correlati all'incidenza degli interessi specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata l'analisi del rischio del contesto esterno.

Indice demografico

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 2021. 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.

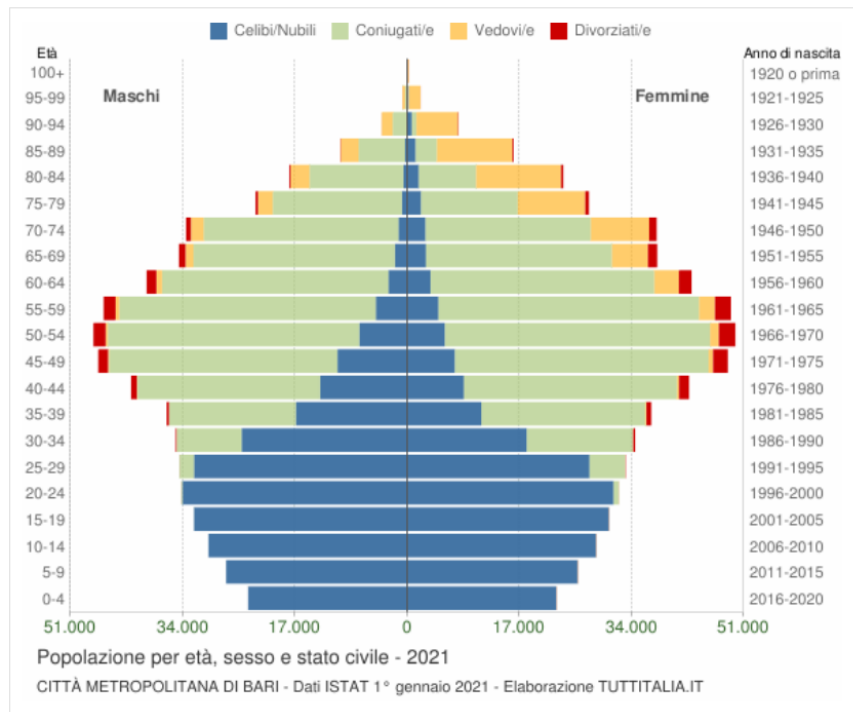


Figura 1 - Distribuzione popolazione

Indice occupazione/disoccupazione (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)



Viale Orazio Flacco n.65, 70124 Bari – Tel. 080-5555053
C.F. e P.I. 00727270720



mail: segreteriadg@oncologico.bari.it -pec: direzione.generale@pec.oncologico.bari.it



Di seguito un'infografica sul tasso di occupazione Italia-Mezzogiorno-Puglia.

- Percentuale di occupati di età 20-64 anni sulla popolazione di età 20-64 anni
- Unità di misura: Percentuale
- Polarità: Positiva

Nel 2020, in Puglia, il tasso di occupazione femminile è minore di -29,3 punti percentuali rispetto agli uomini, divario maggiore di quello del Mezzogiorno (-26%) e Italia (-19,9%).

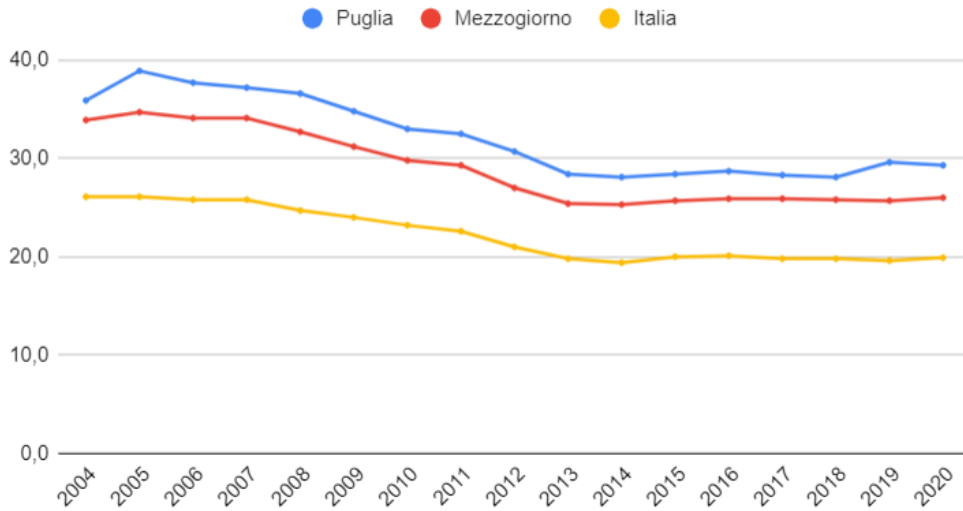


Figura 2 - tasso occupazione

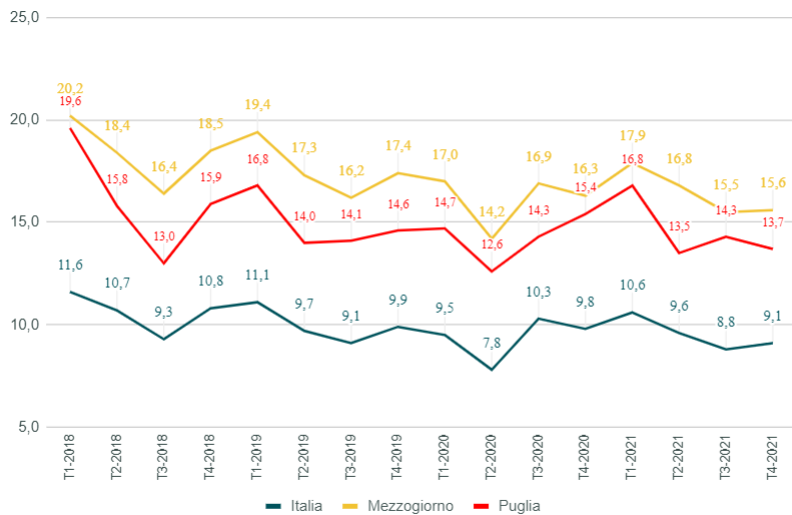


Figura 3 - Tasso disoccupazione per trimestre. Italia-Mezzogiorno-Puglia. Anni 2018-2021

Indice del dominio Salute (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)

INDICATORI DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs Mezzogiorno	Puglia vs Italia	Anno	Polarità	Unità misura
1 Adeguate alimentazione (tassi standardizzati)	12,9	13,4	18,8	-0,5	-5,9	2020	+	per 100 persone
2 Alcol (tassi standardizzati)	16,2	13,7	16,7	2,5	-0,5	2020	-	per 100 persone
3 Eccesso di peso (tassi standardizzati)	48,6	50,7	45,9	-2,1	2,7	2020	-	per 100 persone
4 Fumo (tassi standardizzati)	16,8	18,6	19,1	-1,8	-2,3	2020	-	per 100 persone
5 Indice di salute mentale (SF36)	68,9	67,9	68,2	1	0,7	2020	+	Punteggi medi standardizzati
6 Mortalità evitabile (0-74 anni)	16,8	18,7	17	-1,9	-0,2	2018	-	per 10.000 residenti
7 Mortalità infantile	3,3	3,7	2,9	-0,4	0,4	2018	-	Per 1.000 nati vivi
8 Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	31,5	29,9	33,3	1,6	-1,8	2018	-	per 10.000 residenti
9 Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	0,6	0,5	0,5	0,1	0,1	2020	-	per 10.000 residenti
10 Mortalità per tumore (20-64 anni)	8,5	9	8,5	-0,5	0	2018	-	per 10.000 residenti
11 Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)	47,8	56,9	48,9	-9,1	-1,1	2020	-	valori percentuali
12 Sedentarietà (tassi standardizzati)	42,2	49,1	33,8	-6,9	8,4	2020	-	per 100 persone
13 Speranza di vita alla nascita	82,2	81,6	82	0,6	0,2	2020	+	N. medio di anni
14 Speranza di vita in buona salute alla nascita	61,6	58,9	60,9	2,7	0,7	2020	+	N. medio di anni
15 Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni	10	8,5	9,6	1,5	0,4	2020	+	N. medio di anni

Figura 4 - Dominio Salute - posizionamento Puglia-Mezzogiorno-Italia

- Definizione: Percentuale di dipendenti con una retribuzione oraria inferiore a 2/3 di quella mediana sul totale dei dipendenti.
- Unità di misura: %
- Polarità: negativa

In Puglia, nel 2020, le donne dipendenti con bassa paga sono l'8% in più degli uomini. Nel Mezzogiorno (4,9%) e in Italia (3,6%) la distanza percentuale è minore.

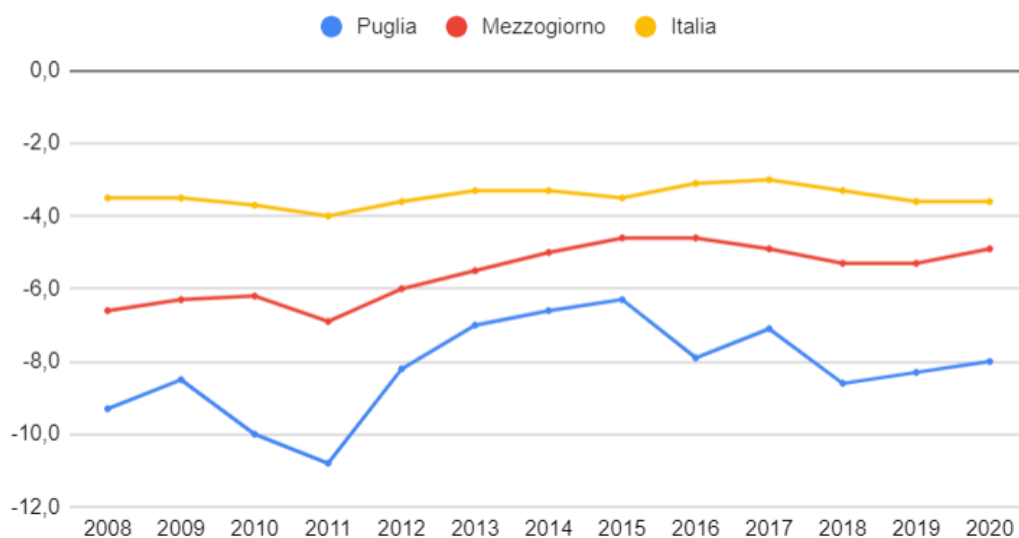


Figura 5- Dipendenti con bassa paga



Indice criminalità

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.

Nel capoluogo pugliese è rilevato un contesto criminale in continua evoluzione caratterizzato da frequenti spaccature anche interne, si da far ritenere tuttora sussistente una struttura orizzontale di tipo camorristico al cui interno nuovi soggetti sarebbero sempre pronti a rimpiazzare quelli neutralizzati dall'azione di contrasto dello Stato o da sanguinose faide.

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

L'Istituto, nella consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione ai rischi con particolare riferimento a 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 in tale settore, 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.

Da un'analisi sommaria delle informazioni sopra riportate, si conferma un trend che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in aumento, così come i livelli di disoccupazione e di accordi corruttivi di stampo mafioso.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Istituto e sono considerati come "fattori abilitanti" di contesto da non sottovalutare, nell'ambito delle decisioni strategiche aziendali.

Emergenza Epidemiologica

L'emergenza sanitaria ha posto in luce molte verità sulla salute delle persone e sul sistema chiamato a tutelarla mostrando da un lato, la grande abnegazione e disponibilità del personale sanitario nel prodigarsi per dare risposte ai cittadini ma ha anche evidenziato debolezze nel prevedere scenari più volte documentati quali l'estensione della popolazione anziana, la crescita



delle malattie croniche, i cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie, la conseguenza dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali, il blocco del turn over e la necessità di potenziare i servizi territoriali.

7. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

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, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ovvero la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO), nonché i suoi eventuali aggiornamenti;
- 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 RPCT pro tempore, nominato giusta deliberazione n. 858 del 06/11/2020, 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 triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza**.

Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.

L'Istituto ha inteso costituire apposito gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del "Piano integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO) di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i., con l'apporto di competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle sezioni tematiche del PIAO, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 10/01/2022.

Network Sanità

L'Istituto fa parte del "**Network Sanità**" della Regione Puglia, una struttura di raccordo tra il RPCT della Regione e gli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale pugliese istituita con DGR n. 48/2018 al fine di condividere criteri e metodologie e garantire un'azione sinergica nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione in ambito sanitario.

L'ultima riunione, convocata dalla Dirigente della Sezione Affari Istituzionali e Giuridici della Regione Puglia, si è tenuta in data 20 ottobre 2021 in modalità remota. In tale occasione, sono state condivise alcune misure di mitigazione del rischio corruttivo con particolare riferimento alla rotazione pluriennale, alla gestione dei conflitti di interesse, alle acquisizioni delle dichiarazioni di incompatibilità ed inconferibilità, al monitoraggio del codice di comportamento, alla trasparenza amministrativa e alla criticità rilevate sulle commissioni invalidi civili.



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

Tutti i Dirigenti dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del presente Piano e svolgono, per quanto di competenza:

- **attività informativa nei confronti del Responsabile**, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria;
- **partecipano al processo di gestione del rischio**, propongono le misure di prevenzione, impegnandosi al monitoraggio di I livello (autovalutazione);
- **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.**

Nell'ottica del coinvolgimento del personale e della necessita di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto a 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 tutte le strutture 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.



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 Commissario Straordinario n. 439 del 07/09/2021 si è provveduto alla nuova designazione del Presidente UPD e dei suoi componenti.

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) è 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 é 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.) é 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 é 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.

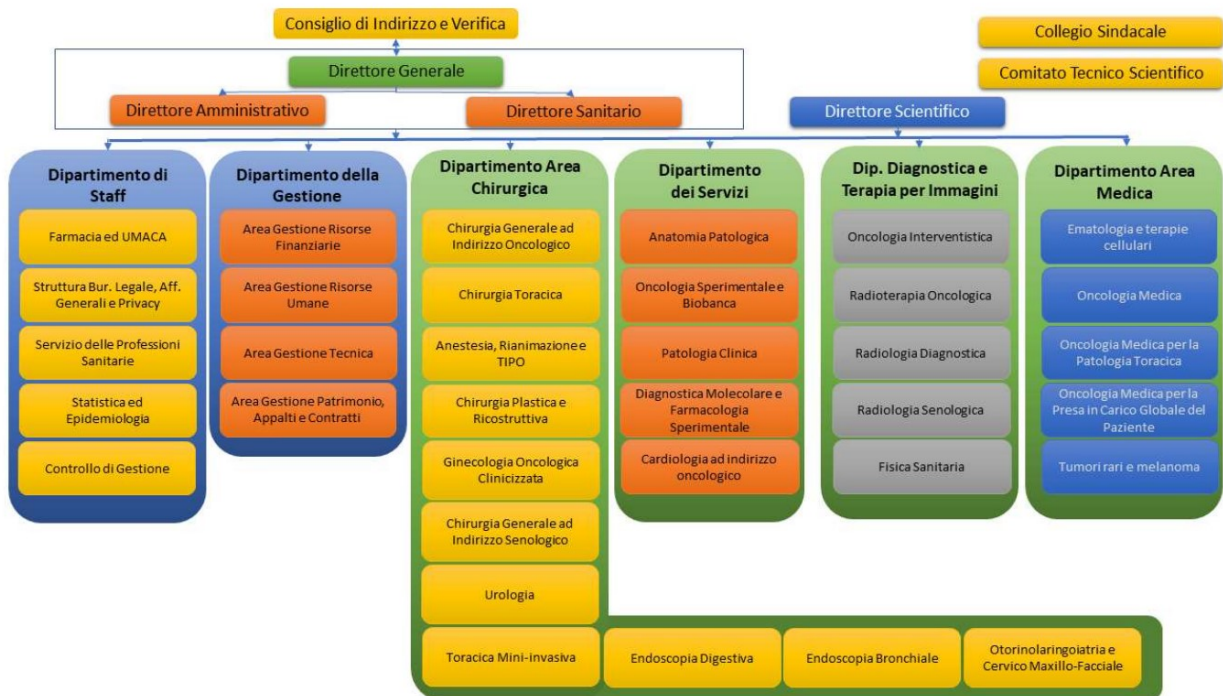
Con deliberazione del Direttore Generale n. 1012 del 03/12/2019 si è provveduto ad integrare la composizione del Collegio di Direzione con la figura del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) al fine di un idoneo coordinamento e controllo dei flussi informativi nonché della conoscenza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



8. 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.

L'organizzazione aziendale è rappresentata, nel suo complesso, dal seguente organigramma:



L'offerta dei servizi sanitari è articolata in **quattro Dipartimenti di produzione**:

- **Dipartimento Area Chirurgica**, costituito da:
 - ✓ n. 3 Strutture Complesse: Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, Chirurgia Toracica ed Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post Operatoria;
 - ✓ n. 7 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Ginecologia Oncologica Clinicizzata, Urologia, Gastrenterologia ed Endoscopia Digestiva, Endoscopia Bronchiale, Chirurgia Toracica Mini-invasiva ed 1 Struttura Semplice di Otorinolaringoiatria, Cervico e Maxillo-Facciale
- **Dipartimento Area Medica**, costituito da:
 - ✓ n. 2 Strutture Complesse: Ematologia e terapie cellulari, Oncologia Medica;
 - ✓ n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Oncologia Medica per la Patologia Toracica, Oncologia Medica per la presa in carico Globale del Paziente, Tumori Rari e Melanoma;



- **Dipartimento dei Servizi**, costituito da:
 - ✓ n. 2 Strutture Complesse: Anatomia Patologia ed Oncologia Sperimentale e Biobanca;
 - ✓ n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Patologia Clinica, Diagnostica Molecolare e Cardiologia ad Indirizzo Oncologico;

- **Dipartimento della Diagnostica e Terapia per Immagini**, costituito da:
 - ✓ n. 2 Strutture Complesse: Oncologia Interventistica (da cui dipende la Struttura Semplice di Oncologia Medica Integrata) e Radioterapia;
 - ✓ n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Radiologia Diagnostica, radiologia senologica e Fisica Sanitaria; e due Dipartimenti di Supporto:
 - **Dipartimento della Gestione** (amministrativo), costituito da:
 - ✓ n. 3 Strutture Complesse: Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici (da cui dipende la Struttura Semplice di Ingegneria Clinica), l'Area Gestione Risorse Umane e l'Area Gestione Risorse Finanziarie;
 - ✓ n. 1 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Area Gestione del Patrimonio, Appalti e Contratti;
 - **Dipartimento di Staff alla Direzione Strategica**, costituito da:
 - ✓ n. 3 Strutture Complesse: Farmacia ed U.Ma.C.A., Epidemiologia e Statistica e Struttura Burocratica Legale, Affari Generali e Privacy;
 - ✓ n. 2 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Clinical Risk Management e Formazione e Servizio delle Professioni Sanitarie.

I servizi sanitari erogati sono sia di tipo ambulatoriale che di ricovero.

Di seguito alcuni dati sintetici sulla dotazione organica dell'Istituto al 31/12/2021:

- ✓ Dirigenza medica: 158 unità
- ✓ Dirigenza amministrativa: 4 unità
- ✓ Dirigenza professionale: 3 unità
- ✓ Dirigenza non medica sanitaria: 21 unità
- ✓ Personale del Comparto (amministrativo-tecnico-sanitario): 480 unità

9. Mappatura processi

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai P.N.A. approvati, l'Istituto ha proceduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la **norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines"**.

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2021, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso apposita check-list e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di un sistema software centralizzato.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.

In particolare, sono state considerate le seguenti aree a rischio:



Viale Orazio Flacco n.65, 70124 Bari – Tel. 080-5555053

C.F. e P.I. 00727270720

mail: segreteriaidg@oncologico.bari.it - pec: direzione.generale@pec.oncologico.bari.it





A) Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario. Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

- 1. Contratti pubblici;**
- 2. Incarichi e nomine;**
- 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**
- 4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;**
- 5. Attività libero professionale e liste di attesa;**
- 6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;**
- 7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);**
- 8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.**

Nel corso dell'anno 2021 sono stati mappati ed analizzati 135 processi aziendali.
Per dettagli si rinvia al documento "Allegato1-Analisi dei rischi".



10. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è prima identificato, poi analizzato ed infine confrontato con altri rischi per definire i livelli di priorità di intervento.

La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione della probabilità che il rischio si verifichi, riducendo altresì l'impatto sia per l'organizzazione che per lo stakeholder.

La pianificazione, mediante l'adozione del "Piano della prevenzione della Corruzione", è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

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, posso essere sintetizzate in quattro fasi fondamentali, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.

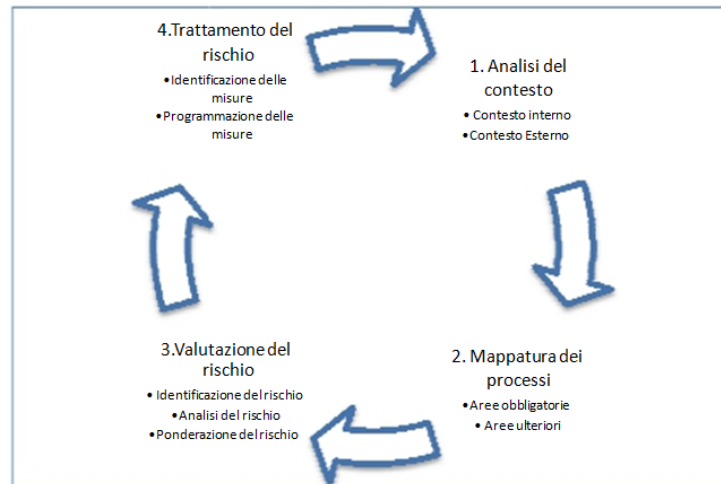


Figura 1 Fasi gestione del rischio

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 nell’”Allegato1-Analisi dei rischi” è stata effettuata con l’ausilio di una piattaforma web centralizzata dedicata al governo delle misure anticorruptive aziendali, consentendo un miglioramento qualitativo nella mappatura dei processi e delle misure di mitigazione dei rischi.

Nel corso del triennio 2022-2024 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio quali-quantitativa prevista dalle nuove Linee guida ANAC allegata al PNA 2019.

Ciascun dirigente in qualità di Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare lo **stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione** (Allegato3-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’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.**

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 "ibrido" quali-quantitativo. Sono stati individuati i seguenti principali criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli
- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale

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

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo, si è provveduto 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 di mitigazione.



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.

Sono stati altresì considerati i “**fattori abilitanti**” ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

11. 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”.

Nel corso dell’anno 2021, è stato effettuato un monitoraggio interno di I (Referenti) e II livello (RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l’aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

L’obiettivo della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione 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 anticorruptivo nel suo complesso.

Stato di attuazione delle misure

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione svolte dall'Istituto ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruptivo "generalisti" e "specifiche".

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruptivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività. Per dettagli si rinvia al report in allegato "Allegato3-Stato attuazione misure".

Gli **esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2021**, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza.

Le attività di sorveglianza svolte dal RPCT hanno contribuito ad identificare con maggiore precisione fasi, tempi e, in particolar modo, indicatori di attuazione (target), attraverso l'ausilio di procedure informatizzate.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella **Relazione annuale del RPCT** (Allegato4-Relazione RPCT) per l'anno 2021, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e risultati dell'attività svolta (<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>).

12. Misure generali e specifiche

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure di prevenzione idonee a contrastare i rischi corruttivi. Gli interventi individuati tengono conto dell'analisi del contesto esterno, interno e degli esiti della mappatura dei processi effettuata nel 2021 e sono conformi alle misure previste dagli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'Istituto.

Di seguito l'elenco delle misure generali (MG) e delle misure specifiche (MS) definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, 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 delle Sponsorizzazioni	SI
MS-03	Regolamentazione delle 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

13. 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Inconferibilità e incompatibilità	attuata	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle	100% Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni	Area Gestione Risorse Umane



		dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi.	pervenute	
--	--	---	-----------	--

14. 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..

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Incarichi extra-istituzionali	attuata	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale delle autorizzazioni rilasciate	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti

15. 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 precostituito, 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.

Altresì 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
pantouflage	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	Area Gestione Risorse Umane

16. 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 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.

Il dipendente deve rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interesse in tre casi:

- a) al momento dell'assunzione;
- b) nel caso venga assegnato ad un diverso Ufficio;
- c) ogniqualvolta le sue condizioni personali si modifichino in modo tale da configurare un'ipotesi di conflitto di interesse.

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 (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento dell'Istituto, 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 Sperimentazioni, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV, al Collegio ed ai consulenti.**

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Conflitto interessi	attuata	Numero di dichiarazioni verificate su numero di dichiarazioni rese nel semestre	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti



17. 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.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Adozione del regolamento sulla rotazione	SI	Area Gestione Risorse Umane
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Definizione del piano di rotazione pluriennale	SI	Area Gestione Risorse Umane
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Monitoraggio rotazione	Da attuare	Monitoraggio semestrale sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	100%	RPCT

18. 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, previo parere vincolante dell'OIV, 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.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Codice di comportamento	attuata	Attività di divulgazione e formazione del personale sul Codice di comportamento Numero di dipendenti informati/formati su numero dipendenti in servizio	100%	RPCT Area Gestione Risorse Umane

19. Segnalazioni illecite (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. L'Istituto ha implementato una piattaforma informatica di segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti che permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni in forma del tutto anonima nel rispetto dei requisiti prescritti dalla Legge n.179/2017. Tale piattaforma è basata sul software GlobalLeaks e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (indirizzo pubblico <https://istitutotumorigiovannipaoloidibari.whistleblowing.it>).

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Segnalazione illeciti	attuata	Percentuale segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute	100%	RPCT



20. 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione
Formazione sul Codice di comportamento	attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione

**21. 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti	attuata	Presenza nomina formale del RASA	SI	RPCT

22. 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 ha provveduto alla **nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF** (Unità di Informazione Finanziaria), giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 23 aprile 2021.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare entro il 30/06/2022	Adozione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare nel triennio	Attuazione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio

**23. Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)**

L'articolo 35 bis nel d.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

Al fine di effettuare apposito monitoraggio diretto ad accertare la sussistenza di eventuali fattispecie innanzi dette e dare attuazione alle richiamate disposizioni, l'Area Gestione Risorse Umane effettua i controlli d'ufficio "generalizzati", nei casi sopra elencati, con riferimento a:

- 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Controlli presenza procedimenti penali o misure cautelari	attuata	Controlli annuali a campione su dipendenti	SI (almeno il 20% sul totale)	Area Gestione Risorse Umane
Acquisizioni autodichiarazioni	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di commissari di gara nominati	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica



24. Patto di integrità (MG-12)

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione rappresenta il presupposto necessario e condizionante per la partecipazione a procedure di gara.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo ed alla valorizzazione di comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Istituto adotta un **patto di integrità** prevedendo l'obbligo da parte degli operatori economici di produrre lo stesso, debitamente sottoscritto, in sede di partecipazione alle gare, con riferimento a tutte le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, a prescindere dall'importo dell'appalto.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Patto di integrità	attuata	Patti di integrità sottoscritti sul totale delle gare appaltate	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

25. Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)

Informatizzazione

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.

Nel corso dell'anno 2021 è stato individuato il **Responsabile della Transizione al Digitale** con deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 25 gennaio 2021 e sono stati affidati i servizi specialistici di virtualizzazione, tramite SPC Cloud Lotto 1, alla RTI Telecom-HP-Postel, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 545 del 15/10/2021. Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista pertanto l'implementazione di una infrastruttura iperconvergente sulla quale ospitare tutte le postazioni di lavoro virtualizzate ed il sistema di archiviazione di tutte le immagini diagnostiche oltre che ad un'infrastruttura di archiviazione in "cloud".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2022	Attivazione infrastruttura iperconvergente Integrazione RIS-PACS, LIS con il sistema di Cartella Clinica Elettronica Storage secondario	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Attivazione archivi elettronici di immagini diagnostiche in formato raw (RIS-PACS-Digital Pathology-Omica)	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Integrazione archivi immagini con dati clinici strutturati della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale con i dati destrutturati dei referti a testo libero e delle immagini, anche retrospettivamente	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Utilizzo infrastruttura informatica per la produzione di algoritmi di Machine Learning e Deep Learning con pubblicazione dati scientifici	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici

**Procedimenti amministrativi**

Con riferimento al monitoraggio dei tempi procedurali è stata rilevata la necessità di aggiornare ed uniformare le schede di rilevazione dei procedimenti amministrativi ex art. 35 del d.lgs 33/13 pubblicate sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente. Tale attività di aggiornamento si ritiene fondamentale sia ai fini della pubblicazione obbligatoria dei procedimenti sia per il monitoraggio interno.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Mappatura procedimenti amministrativi con schede di rilevazione aggiornate	Da attuare entro il 31/12/2022	Numero di schede pervenute su numero totale di schede degli uffici titolari di procedimenti	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023	Responsabile
Analisi delle schede pervenute	Da attuare entro il 31/12/2023	Elaborazione della relazione di monitoraggio finale		RPCT
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2023-2024	Responsabile
Pubblicazione procedimenti amministrativi aggiornati	Da attuare entro il 31/12/2022	Schede pubblicate rispetto al totale delle schede validate	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi

26. 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"** sulla base della modulistica 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 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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Dichiarazioni pubbliche di interessi	Da attuare entro il 31/12/2022	Dichiarazioni controllate sul totale delle dichiarazioni acquisite durante l'anno	100%	RPCT

27. 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 2022-2024 si prevede di potenziare. Inoltre, è opportuno evidenziare che l'Istituto ha anche regolamentato l'attività del Comitato Etico.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamento sulle Sponsorizzazioni	attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT

28. 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.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Affissione elenco ditte onoranze funebri	attuata	Presenza elenco ditte presso i locali obitorio	SI	RPCT

29. 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 adottato uno specifico Regolamento per le donazioni e comodati giusta **deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019**.

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.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamento sulle Donazioni	attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT

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

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario. L'Istituto ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio della Libera Professione, giusta deliberazione n.100 del 25/02/2009. 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.

Altresì, con **deliberazione del Commissario Straordinario n. 703 del 03 dicembre 2021**, è stato nominato il nuovo **Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA)** con una serie di importanti compiti tra cui l'aggiornamento continuo del registro in cui sono riportati i volumi, i tempi di attesa ed ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 13 del 28/03/2019 "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità".



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamenti ALPI e Liste di attesa	attuata	Monitoraggio continuo ALPI/Liste d'attesa	SI	RULA

31. Alienazione immobili (MS-07)

L'istituto, 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 si sono concluse attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Procedure dismissioni beni immobili	Da attuare entro il 31/12/2023	Adozione Regolamento	SI	Area Patrimonio

32. 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.

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.

Infine, nel corso dell'anno 2021, si è provveduto all'adozione delle seguenti deliberazioni:

- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 463 del 14 settembre 2021 avente ad oggetto: "**Certificazione Bilancio d'Esercizio 2020** - Presa d'atto della relazione della Società di Revisione";
- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 364 del 29 luglio 2021 avente ad oggetto: "**Bilancio d'Esercizio 2020**".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	attuata	Osservanza Manuale delle Procedure amministrativo-contabili	SI	Area Gestione Risorse Finanziarie

33. 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'Istituto che trovano il fondamento sulla ricerca del maggior benessere sul posto di lavoro.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Benessere organizzativo	attuata	Monitoraggio continuo benessere organizzativo	SI	CUG

34. 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>.



35. Emergenza epidemiologica Covid-19

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.

Altresì, 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, con **deliberazione del Commissario Straordinario n. 540 del 11 ottobre 2021**, ha provveduto all'aggiornamento della composizione del **Nucleo Operativo Aziendale (NOA-CovidVacc)** e sono stati intensificati i controlli interni con particolare riferimento a:

- acquisizioni servizi e forniture DPI in emergenza
- attività di sanificazione
- servizio di smaltimento rifiuti

Sulla Gazzetta ufficiale n. 305 del 24 dicembre 2021 è stata pubblicata la delibera ANAC 24 novembre 2021, n. 733 avente ad oggetto "Schema di disciplinare di gara - Procedura aperta telematica per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo. (Bando-tipo n. 1/2021)". In attuazione dell'articolo 213, comma 2 del Codice dei contratti l'ANAC ha deciso di adottare un bando tipo per procedura aperta, svolta totalmente con sistemi telematici, per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo così perseguendo l'obiettivo di fornire alle stazioni appaltanti uno strumento a garanzia di efficienza, standard di qualità dell'azione amministrativa e omogeneità dei procedimenti.

L'Istituto ha pertanto adeguato le procedure interne con particolare riferimento a quanto segue:

- adeguamento al Bando Tipo n. 1/2021
- 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.





36. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questo Istituto, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 23168 del 16 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- a) Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- b) Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- c) Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- d) Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

37. Trasparenza amministrativa (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 si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i. attraverso l'utilizzo di una piattaforma web ospitata dal Portale della Salute, gestito dalla società in-house regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese.

La tabella in allegato denominata "Allegato5-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 riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

In particolare, nell'allegato di cui sopra:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
- sono identificati le strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono riportate le tempistiche di aggiornamento richieste in base all'obbligo previsto.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è assegnato un ruolo di regia e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, svolgendo un'attività di controllo per assicurare, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul sito internet 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.

Gli Uffici e le Strutture aziendali cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

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.

Nella sottosezione di secondo livello "Altri contenuti-Dati ulteriori" possono essere ospitati, ai sensi degli art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che l'Istituto non ha l'obbligo di pubblicare, ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili a nessuna delle sottosezioni previste dall' "Allegato5-Obblighi_pubblicazione".

Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista la **pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;
- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.

38. Accesso Civico semplice e generalizzato

L'Istituto **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.

Nei casi in cui l'Istituto abbia omesso 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 **sogetto 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 conclude 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 novembre 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.

39. Trasparenza e Privacy

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) e nel Codice in materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento o da atti amministrativi generali (modifiche apportate al Codice con il d.l. 8 ottobre 2021, n. 139).

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).

Nell'ambito della pubblicazione dei dati in Albo pretorio on-line e in Amministrazione Trasparente, l'Istituto assicura il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

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).

Per le **questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD/DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT**, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.

Di seguito si riportano i principali provvedimenti adottati dall'Istituto, in materia di protezione di dati personali:

1. **Nomina del Responsabile della Protezione dei dati (DPO/RPD)** con deliberazione del Direttore Generale n. 395 del 24 maggio 2018 (privacy@pec.oncologico.bari.it);
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.



40. 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