



*Aggiornamento del*  
*Piano Triennale per la*  
*Prevenzione della Corruzione e*  
*Trasparenza*  
*Legge n. 190/2012*  
*Anni 2018-2020*

---

---

<b>SEZIONE PRIMA</b> .....	<b>4</b>
1. <b>PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
2. <b>L'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" – I.R.C.C.S. DI BARI</b> .....	<b>4</b>
2.1. <b>MISSION E VISION</b> .....	<b>5</b>
2.2. <b>LE ATTIVITÀ CARATTERISTICHE: L'ASSISTENZA CLINICA, LA RICERCA, LA FORMAZIONE, LA DIDATTICA, ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE E PRODOTTI DELLA RICERCA</b> .....	<b>6</b>
2.2.1. <b>L'ASSISTENZA CLINICA</b> .....	<b>6</b>
2.2.2. <b>LA RICERCA</b> .....	<b>6</b>
2.2.3. <b>LA FORMAZIONE E LA DIDATTICA</b> .....	<b>6</b>
2.2.4. <b>ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE</b> .....	<b>7</b>
2.2.5. <b>PRODOTTI DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA</b> .....	<b>7</b>
<b>SEZIONE SECONDA</b> .....	<b>8</b>
3. <b>CONTENUTO E FINALITÀ DEL PIANO</b> .....	<b>8</b>
3.1. <b>ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO</b> .....	<b>11</b>
3.1.1. <b>I RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI, CON GLI ENTI DEL S.S.N. E CON ALTRI SOGGETTI</b> .....	<b>14</b>
3.2. <b>ANALISI DEL CONTESTO INTERNO</b> .....	<b>16</b>
3.2.1. <b>STRUTTURE DIPARTIMENTALI</b> .....	<b>19</b>
3.2.2. <b>DOTAZIONE DI POSTI LETTO</b> .....	<b>20</b>
3.2.3. <b>IL PERSONALE</b> .....	<b>21</b>
3.3. <b>ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E OSPEDALIERA</b> .....	<b>23</b>
3.4. <b>LA RICERCA</b> .....	<b>26</b>
3.5. <b>PRINCIPI E STRUMENTI DELLA GESTIONE</b> .....	<b>30</b>
4. <b>DEFINIZIONE DI CORRUZIONE</b> .....	<b>31</b>
5. <b>GESTIONE DEL RISCHIO</b> .....	<b>31</b>
6. <b>MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b> .....	<b>37</b>
6.1. <b>SOGGETTI PREPOSTI AL CONTROLLO E ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b> .....	<b>37</b>
6.1.1. <b>LA DIREZIONE AZIENDALE</b> .....	<b>37</b>
6.1.2. <b>IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPTC)</b> .....	<b>37</b>
6.1.3. <b>REFERENTI INTERNI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b> .....	<b>37</b>
6.1.4. <b>DIRETTORE E/O DIRIGENTI RESPONSABILI DI UNITÀ OPERATIVE</b> .....	<b>38</b>
6.1.5. <b>UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI U.P.D.</b> .....	<b>38</b>
6.1.6. <b>TUTTI I DIPENDENTI DELL'ISTITUTO</b> .....	<b>39</b>
6.1.7. <b>I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'ISTITUTO</b> .....	<b>39</b>
6.1.8. <b>OBBLIGHI DI INFORMAZIONE</b> .....	<b>39</b>

6.2.	STRUMENTI DI CONTROLLO E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	40
6.2.1.	VERIFICA SULLA INSUSSISTENZA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI DI CUI AL D.LGS N. 39 DEL 2013 .....	40
6.2.2.	INCARICHI ED ATTIVITÀ EXTRA ISTITUZIONALI DEI PUBBLICI DIPENDENTI.....	40
6.2.3.	OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO D’INTERESSE.....	41
6.2.4.	ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO .....	42
6.2.5.	DISPOSIZIONE IN MERITO ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE .....	42
6.2.6.	CODICE DI COMPORTAMENTO.....	43
6.2.7.	WHISTLEBLOWING .....	44
6.2.8.	FORMAZIONE DEL PERSONALE – PIANO DELLA FORMAZIONE .....	46
6.2.9.	IL RESPONSABILE DELL’ANAGRAFE PER LE STAZIONI APPALTANTI (RASA) .....	47
6.2.10.	ATTIVITÀ DI SPONSORIZZAZIONI.....	47
6.2.11.	ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT .....	47
6.2.12.	ATTIVITÀ CONSEGUENTE AL DECESSO DEI PAZIENTI.....	48
6.2.13.	GESTIONE DELLE DONAZIONI E COMODATI D’USO.....	48
6.2.14.	GESTIONE ATTIVITÀ ALPI E LISTE DI ATTESA .....	49
6.2.15.	GESTIONE ALIENAZIONE DEI BENI IMMOBILI.....	49
6.2.16.	REGOLAMENTAZIONE INTERNA.....	50
6.3.	PROCEDURE DI CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO D’ESERCIZIO .....	50
6.4.	ATTIVITÀ LEGATE AL BENESSERE ORGANIZZATIVO.....	50
6.5.	ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO .....	50
6.6.	COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE.....	51
6.7.	PIANO DI COMUNICAZIONE .....	51
	<b>SEZIONE TERZA .....</b>	<b>52</b>
7.	OBBLIGHI DI TRASPARENZA – PIANO DELLA TRASPARENZA .....	52
7.1.	ACCESSO CIVICO .....	52
7.2.	ACCESSO GENERALIZZATO.....	52
8.	DISPOSIZIONI FINALI .....	54
8.1.	REPORT ANNUALE SULLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	54
8.2.	CRONOPROGRAMMA E AZIONI CONSEGUENTI ALL’ADOZIONE DEL PIANO.....	54
8.3.	ADEGUAMENTO DEL PIANO E CLAUSOLA DI RINVIO .....	54
8.4.	ENTRATA IN VIGORE.....	55

Allegato 1 – Schede valutazione dei rischi dei processi aziendali e misure di prevenzione della corruzione periodo 2018-2020

Allegato 2 – Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 3 – Schede delle principali misure di prevenzione da adottare nel 2018 collegate al Ciclo delle Performance

## SEZIONE PRIMA

### 1. PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2018 – 2020 dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

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

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

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

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

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

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

### 2. L'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" – I.R.C.C.S. DI BARI

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

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

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

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

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

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



La sede legale dell'Istituto è in Viale Orazio Flacco, 65 – 70124 Bari, dove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca. Previa stipula di accordi ad hoc, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari può esercitare attività presso altre sedi.

L'indirizzo del sito web dell'Istituto è: <https://www.sanita.puglia.it/web/ircs>

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



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

L'Istituto adotta la contabilità economico – patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa nazionale e regionale inerenti alle aziende sanitarie. In particolare si sottolinea che l'Istituto si è proposto volontariamente per la valutazione tecnica e contabile per l'avvio delle attività relative all'introduzione della Certificazione di Bilancio delle Aziende Sanitarie. In particolare è stato scelto dalla Regione come ente pilota per avviare il progetto. Il programma di revisione volontaria del bilancio ha abbracciato gli anni 2014-2016 e ha portato l'istituto a ottenere il giudizio positivo della società di revisione specializzata BDO Italia Spa. Pertanto l'Istituto è il primo Ente tra le aziende sanitarie, ospedaliere e I.R.C.C.S. Pubblici pugliesi a ottenere la Certificazione dello Stato Patrimoniale del Bilancio 2014 e del Bilancio d'Esercizio 2015 e 2016. Le attività propedeutiche alla Certificazione del Bilancio d'Esercizio 2017 sono in corso.

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

## 2.1. MISSION E VISION

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 alla 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.

Relativamente alla ricerca aderisce ai principi etici della dichiarazione di Helsinki del 1964, della convenzione di Oviedo del 1997 per la salvaguardia dei diritti e della dignità dell'uomo in rapporto alle applicazioni della medicina. L'efficienza viene perseguita anche nella scelta degli ambiti della medicina da sottoporre a sperimentazione.

Solo una vera integrazione può combattere la complessità della malattia neoplastica; l'integrazione riguarda il rapporto tra ricerca ed assistenza, tra professionisti appartenenti a profili diversi e a diverse specialità; viene combattuta l'autoreferenzialità ed il rifiuto del lavoro di equipe. Il dialogo costante e rispettoso deve caratterizzare il rapporto con il paziente ed i suoi familiari e quello tra coloro che operano all'interno dell'Istituto.

L'integrazione va estesa anche al volontariato e a tutte le forze sociali che condividono le scelte etiche.

Per tali motivi tutto il percorso diagnostico terapeutico è improntato alla personalizzazione delle cure. Su tali presupposti l'Istituto si candida a diventare Centro di Riferimento Regionale per le patologie oncologiche, perseguendo la qualità delle cure ed il rapido trasferimento nella pratica assistenziale degli strumenti che la ricerca pone a disposizione dei clinici per combattere più efficacemente il cancro.

## **2.2. LE ATTIVITÀ CARATTERISTICHE: L'ASSISTENZA CLINICA, LA RICERCA, LA FORMAZIONE, LA DIDATTICA, ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE E PRODOTTI DELLA RICERCA**

### **2.2.1. L'ASSISTENZA CLINICA**

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

In tal contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari si colloca come polo oncologico di altissima specializzazione, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate da ulteriori prestazioni innovative qualora riconosciute dal Comitato Etico dell'Istituto.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi – professionale e multi – disciplinare, attraverso la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati a livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.

### **2.2.2. LA RICERCA**

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto.

Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, attività di ricerca e di assistenza, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base.

La ricerca si 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.

### **2.2.3. LA FORMAZIONE E LA 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.

#### **2.2.4. ATTIVITÀ DI 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.

#### **2.2.5. PRODOTTI DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA**

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.

---

---

## SEZIONE SECONDA

### 3. CONTENUTO E FINALITÀ DEL PIANO

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

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

- ✓ Delibera n. 52 del 10.02.2017 avente ad oggetto: *"Aggiornamento del piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza 2017-2019 dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari"*
- ✓ Delibera n. 200 del 14.04.2017 avete ad oggetto: *"Legge n.190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013. Nuova nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'IRCCS Istituto Tumori di Bari"*
- ✓ Delibera n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: *"Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina del referenti interni per la prevenzione della corruzione"*.

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

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

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

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

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

Nell'ottica della coinvolgimento del personale e della necessita di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto ad costituire, con Deliberazione n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: "*Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina dei 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 responsabile di unità operativa e i referenti interni per la corruzione, al fine di consentire il coinvolgimento di tutti i settori e gli attori dei processi aziendali nelle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in un'ottica di continua ricerca di diffusione dei valori di etica e di legalità.

E' opportuno evidenziare, che, per a causa delle modifiche organizzative che hanno riguardato l'Istituto in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: "*Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"*" con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "*Giovanni Paolo II*", nonché la sostituzione del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel corso dell'anno, non è stato possibile completare alcune delle attività inserite nell'Aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2017 – 2019 adottato con delibera 52/2017.

Pur tuttavia è stato possibile avviare nella parte finale del 2017, in seguito al completamento delle modifiche organizzative, una serie di attività e collaborazioni con tutti gli attori del sistema al fine di procedere all'aggiornamento della mappatura dei rischi e dei relativi processi. In particolare:

- con nota prot. 17802 del 31.10.2017, sono state avviate le attività di mappatura del rischio delle nuove unità operative attività nel nostro Istituto, in particolare SC Chirurgia Toracica, SSD Endoscopia Bronchiale, SSD Urologia, SSD Oncologia Medica per la prese in carico globale, SC Anatomia Patologica;
- con nota prot. 18498 del 09.11.2017 il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha chiesto a tutti i Dipartimenti "sanitari" e alla Area Amministrativa e di Staff alla Direzione, la nomina di un referente per le attività e le problematiche dell'anticorruzione e alla trasparenza, che dovrà svolgere la funzione di essere, per ogni Direttore, Dirigente, o Responsabile della singola struttura organizzativa, l'interlocutore interno e di raccordo tra il Responsabile della Trasparenza, della Prevenzione e la Direzione Strategica e non dovrà sostituirsi ai compiti che ricadono per legge sempre e comunque nel Direttore e Dirigente e Responsabili della singola struttura organizzativa.
- con nota prot. 68 del 02.01.2018 è stata avviata la fase di consultazione, tramite avviso pubblico, rivolta a tutti gli stakeholders dell'Istituto al fine di far pervenire osservazioni e/o che possano promuovere e migliorare ogni iniziativa in materia sia di prevenzione della corruzione che di trasparenza, ai fini dell'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S di Bari, per il triennio 2018-2020.
- con nota prot. 915 del 17.01.2018 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili dei Dipartimenti: dei Servizi, Area Medica, Area Chirurgica, Diagnosi e Terapia per immagini;
- con nota prot. 279 del 08.01.2018 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SSD Clinical Risk Management e Formazione e SSD Servizio delle Professioni Sanitarie;
- con nota prot. 278 del 08.01.2018 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC Area Gestione Risorse Umane;
- con nota prot. 143 del 03.01.2018 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali;
- con nota prot. 21555 del 29.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SS Ingegneria Clinica;

- con nota prot. 21554 del 29.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della Direzione Scientifica;
- con nota prot. 21553 del 29.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC U.O.S.E., Controllo di Gestione e Qualità;
- con nota prot. 21514 del 28.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SSD Patrimonio Appalti e Contratti;
- con nota prot. 21513 del 28.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC Area Gestione Risorse Finanziarie;
- con nota prot. 21512 del 28.12.2017 sono state avviate le attività finalizzate all'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018 – 2020, con i referenti interni e i Dirigente responsabili della SC Farmacia e UMACA;

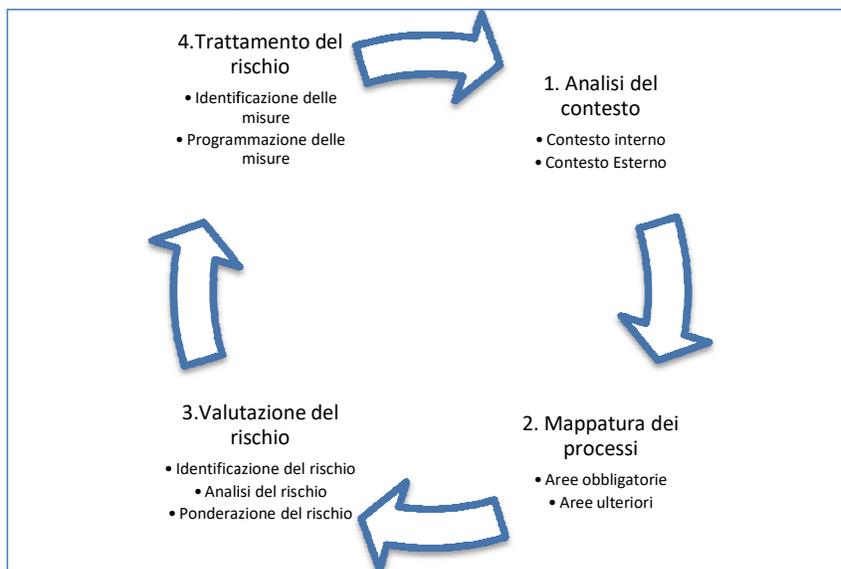
Pertanto, il presente aggiornamento è frutto della partecipazione di tutti gli attori dei processi aziendali alle attività di valutazione del rischio e condivisione e programmazione della misure di prevenzione definite dall'Amministrazione, da adottare nel corso del periodo considerato e che potrà, tuttavia, essere oggetto di modifiche nel corso del periodo considerato anche in considerazione del:

- a) completamento delle procedure di mappatura analitica dei processi, non completata per effetto dei mutamenti organizzativi in atto;
- b) della possibilità di implementazione nel corso del 2018 di un software che permetta una corretta mappatura delle Area e dei relativi processi;
- c) avvio delle attività del costituendo Network dei Responsabile per la Prevenzione della Corruzione al fine di Il Network delle Aziende e degli Enti del SSR della Regione Puglia. In particolare, sarà valutata la possibilità di procedere alla mappatura dettagliata dei processi in collaborazione con il supporto degli uffici Regionali, nonché all'avvio di procedure informatizzate per la mappatura dei processi e gestione del rischio

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

- a) 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;
- b) E' parte integrante del processo decisionale;
- c) 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 dirigente e del personale non dirigenziale.
- d) E' un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- e) 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;
- f) E' un processo che tiene conto di uno specifico contesto interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- g) 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 4 fasi fondamentali, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.



Nel dettaglio si riportano, qui di seguito, le caratteristiche fondamentali che contraddistinguono le 4 fasi:

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

### 3.1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

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

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



La città metropolitana di Bari è un ente territoriale di area vasta, in Puglia che dal 1° gennaio 2015, sostituisce la soppressa provincia di Bari.

Fa parte delle quattordici città metropolitane istituite l'8 aprile 2014. Si estende su una superficie di 3 825 km<sup>2</sup> e comprende 41 comuni: affacciata a nord-est sul mare Adriatico, confina a ovest con la Basilicata, a nord con la provincia di Barletta-Andria-Trani e a sud con le province di Brindisi e Taranto.

La città metropolitana di Bari derivava i propri simboli e il proprio territorio dall'antica Terra di Bari.

Qui di seguito si riportano l'analisi dei dati della struttura della popolazione e gli indicatori demografici della città di Bari, per il periodo 2002 – 2017.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.



Struttura per età della popolazione (valori %)

COMUNE DI BARI - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2002	44.689	217.301	54.288	316.278	40,5
2003	44.338	215.024	55.706	315.068	40,9
2004	43.993	213.495	56.678	314.166	41,2
2005	45.383	223.575	59.500	328.458	41,2
2006	45.050	220.858	61.007	326.915	41,6
2007	44.422	218.604	62.026	325.052	42,0
2008	43.734	216.000	62.777	322.511	42,3
2009	43.320	213.818	63.539	320.677	42,6
2010	43.086	212.816	64.248	320.150	42,9
2011	42.849	211.935	65.691	320.475	43,2
2012	40.945	206.507	67.956	315.408	44,0
2013	40.411	202.975	69.827	313.213	44,3
2014	41.304	209.399	72.048	322.751	44,4
2015	41.495	212.054	73.812	327.361	44,7
2016	40.885	210.540	74.919	326.344	44,9
2017	40.060	208.564	75.574	324.198	45,3

Tali indicatori ovviamente evidenziano il tessuto socio-economico dell'ambito territoriale comunale in cui si trova ad operare l'Istituto.

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

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

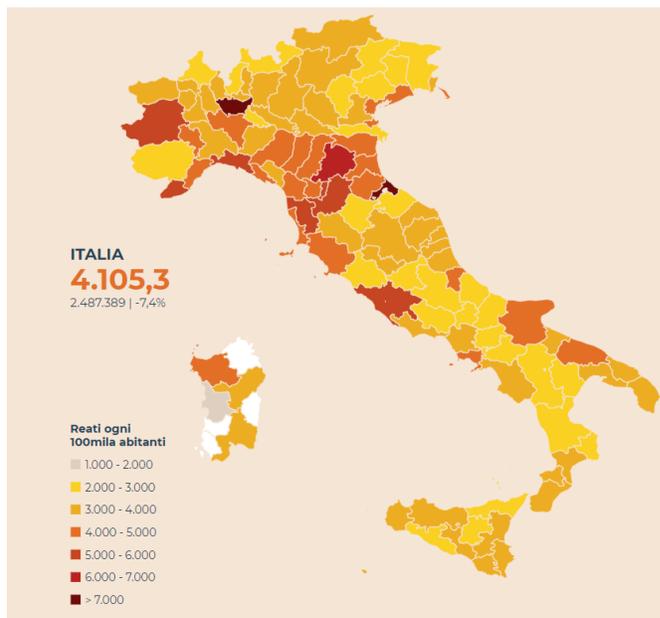
Inoltre il potenziamento dell'Istituto è stato anche confermato da quanto previsto dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 28/02/2017 ad oggetto: "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) — Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo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

E' opportuno inoltre evidenziare che, nel corso del mese di gennaio 2017 la Regione Puglia - Segreteria Generale della Presidenza G.R - Sezione Affari Istituzionali e Giuridici, ha proposto la creazione del Network dei Responsabile per la Prevenzione della Corruzione al fine di Il Network delle Aziende e degli Enti del SSR. Il Network in corso di costituzione definitiva con apposito atto di Giunta Regionale avrà la funzione di coordinare le attività delle Aziende e degli Enti del SSR nella fase di redazione dei Piani, di mappatura dei processi, nonché nelle attività formative.

Con riferimento alla localizzazione territoriale dell'Istituto, si evidenziano significative presenze di organizzazioni criminali, così come evidenziato da un recente dal Dipartimento per la pubblica Sicurezza del Ministero degli Interni<sup>1</sup>

Tabella 1 LA CONCENTRAZIONE DEI REATI PROVINCIA PER PROVINCIA

Le province in graduatoria in base all'incidenza dei reati commessi denunciati nel 2016 in rapporto alla popolazione (numero ogni 100mila abitanti), con il numero totale dei reati rilevato in ciascuna e la variazione nel 2016 rispetto al 2015. (Fonte: elaborazioni su dati del ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza e Istat)



biologici.

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.

L'Istituto ha consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, tale da adottare specifiche misure di controllo e comportamenti specifici. In particolare uno dei settori maggiormente sottoposti a misure di controllo specifiche è da annoverare i possibili furti di farmaci oncologici.

Infatti come evidenziato dal secondo report "The theft of medicines from Italian hospitals" pubblicato da Transcrime, il Centro interuniversitario di ricerca sulla criminalità transnazionale dell'Università Cattolica di Milano e dell'Università degli studi di Trento.

Tra i farmaci più rubati quelli oncologici, seguiti da anti-reumatici, immunosoppressori e farmaci

<sup>1</sup><http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2017-10-06/ecco-mappa-reati-provincia-provincia-284-denunce-ogni-ora--185735.shtml?uid=AEMKyvdC>

In particolare le Campania e Puglia sono le regioni più colpite, in cui si concentrano il 45% di tutti i casi. Il business fa gola soprattutto alla criminalità organizzata e per quanto riguarda le destinazioni dei farmaci rubati i ricercatori individuano oltre all'Italia Slovacchia, Lettonia,

Ungheria, Slovenia e Romania, definite "lavanderie" in cui questi farmaci vengono riciclati.

I prezzi elevati e l'alta redditività, oltre che la possibilità di smercio sul mercato nero e la vendita sul web, sono tra i motivi che spingono le organizzazioni criminali a puntare sulla sottrazione dei farmaci in ospedale, favorita da pochi arresti e sanzioni inferiori a quelli di attività illecite simili, come il traffico di droga.

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

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

L'analisi del contesto esterno, anche non esaustiva, ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, per le quali si prevede per l'anno 2018, una generale incremento delle procedure di controllo anche attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema

### **3.1.1. I RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI, CON GLI ENTI DEL S.S.N. E CON ALTRI SOGGETTI**

L'Istituto nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti.

In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato, prevalentemente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata e l'integrazione con gli altri IRCCS e con le Reti.

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

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S di Bari si colloca all'interno della Rete Oncologica Regionale (L.R. n. 23/2008), intesa come aggregazione funzionale ed integrata di unità e servizi ospedalieri che opera nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale delle singole componenti.

L'Istituto riconosce come importanti interlocutori le rappresentanze dei cittadini organizzate negli Enti del volontariato che operano nell'ambito delle aree sociali riferibili all'attività dell'Istituto. La loro rappresentanza istituzionale è coagulata nel Comitato Consultivo Misto, quale organismo di consultazione e partecipazione democratica dei cittadini.

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 prevede sistematici momenti di ascolto e di iniziative comuni per migliorare la qualità della prestazioni sanitarie offerte e la comunicazione/relazione tra operatori/professionisti e cittadini. Per ciò che concerne gli aspetti organizzativi e di funzionamento si rinvia a quanto disciplinato con apposito Regolamento attuativo di funzionamento e Organizzazione del Comitato Consuntivo Misto, adottato con provvedimento del Direttore Generale.

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

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S di Bari , infine, riconosce l'importanza del ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e s'impegna, nel rispetto delle reciproche competenze e responsabilità, a coinvolgere, mediante una comunicazione attenta e informata, al fine di perseguire gli obiettivi strategici e gestionali.

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

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

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

Pertanto, l'Istituto ha la consapevolezza dell'importanza di tali rapporti e che esse rappresentano un punto di forza per l'attività da erogare nei confronti dei pazienti, tale da prevedere una specifica attività di regolamentazione, monitoraggio e controllo, di tali rapporti. Infatti l'Istituto ha previsto e prevede delle procedure ben specifiche che si basano su tre misure fondamentali al fine:

1. La trasparenza nella negli rapporti che si instaurano, attraverso la predisposizione di appositi atti deliberativi che vengo pubblicati sul sito dell'Istituto e resi pubblici;
2. Predisposizione di un apposito regolamento che disciplini i singoli rapporti, anch'esso pubblicato nella sezione amministrazione trasparenza;

3. Verifica periodica sullo stato di avanzamento delle attività.

### 3.2. ANALISI DEL 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.

E' opportuno evidenziare che nel corso del 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".

Pertanto il "nuovo" assetto organizzativo dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, è finalizzato a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività dell'Istituto.

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

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

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

I **Dipartimenti** sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da un apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di Struttura Complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai Direttori di Struttura.

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

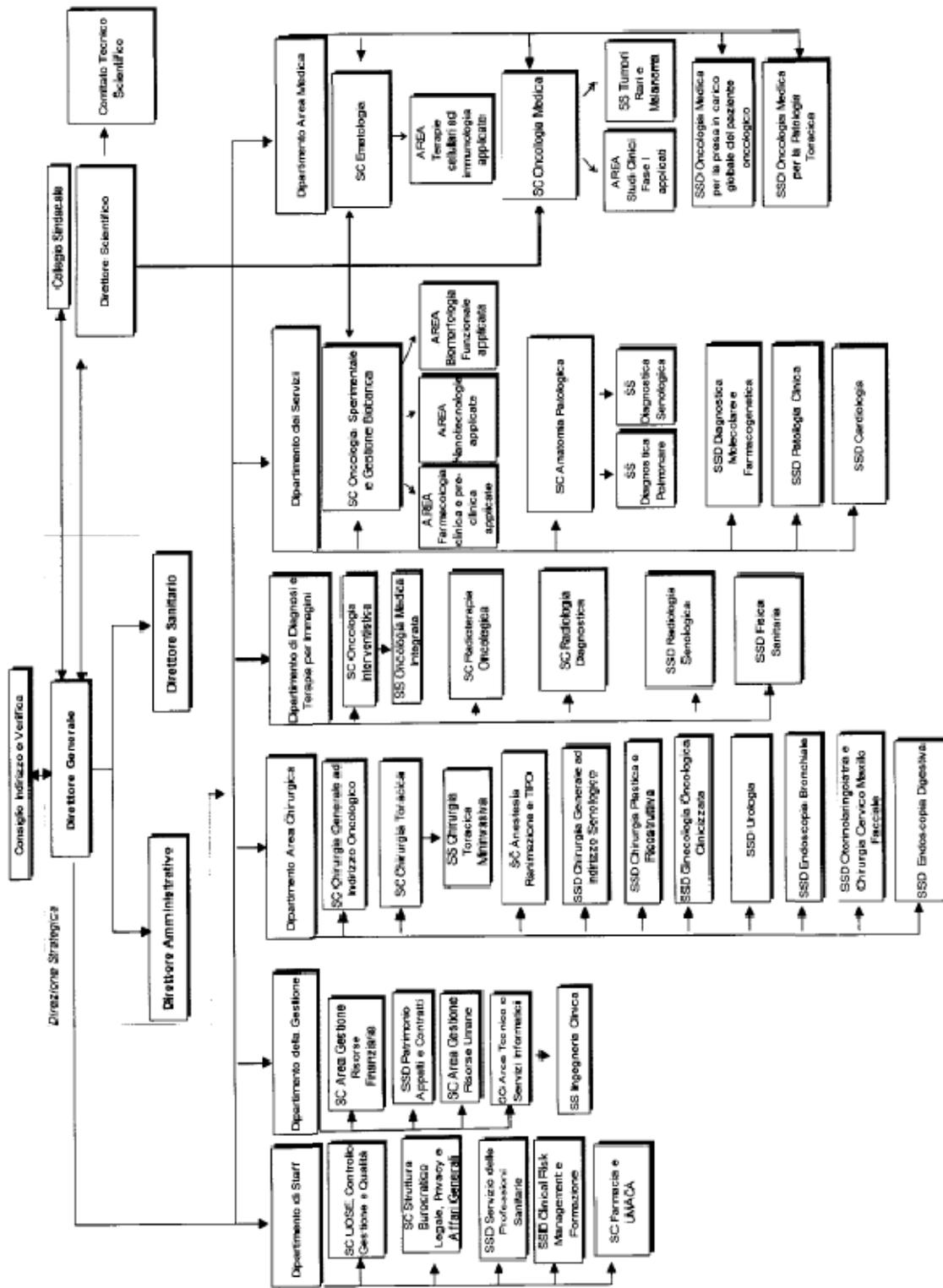
---

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

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

Le **Aree di Ricerca** sono aree di attività, di norma affidate a professionisti con incarichi professionale di coordinamento, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi.

In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti ne Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n. 23/2008); le strutture organizzative dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari sono, ad oggi, individuate secondo il seguente Organigramma:



### 3.2.1. STRUTTURE DIPARTIMENTALI

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

- **DIPARTIMENTO DI STAFF.** Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono di supporto al Direttore Generale nei processi di pianificazione, programmazione e controllo aziendale ma non direttamente dipendente dallo stesso per ciò che concerne la sua organizzazione e gestione, nel rispetto a quanto sancito all'art. 4 del D.lgs 165/2001 e s.m.i.. Le principali funzioni del Dipartimento di Staff sono di seguito indicate:
  - Pianificazione dei servizi sanitari sulla base di analisi di contenuto interno ed esterno;
  - Programmazione e controllo;
  - Sicurezza dei pazienti;
  - Attività consultiva in materia giuridica;
  - Qualità e formazione.
  
- **DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE.** Il Dipartimento della Gestione esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e gestionali. Cura inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.
  
- **DIPARTIMENTO DELL'AREA MEDICA.** Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che i Malati siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni. Il dipartimento Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure; la specializzazione è garantita mediante lo sviluppo di competenze specifiche, all'interno del Dipartimento, senza compromettere l'approccio al paziente visto come persona. In virtù della pertinenza clinica e dei modelli sperimentali di interesse ematologico, l'Area di ricerca "Terapie cellulari ed immunologia applicate" viene coordinata dalla SC Ematologia. In forza delle competenze e dei modelli clinici di interesse medico oncologico, l'Area di ricerca "Studi clinici di Fase 1 applicati" viene coordinata dalla SC Oncologia Medica.
  
- **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI.** Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà. La "mission" del Dipartimento è di fornire accurate diagnosi isto - citopatologiche, molecolari, di laboratorio, con informazioni di valore prognostico e predittivo che possano essere utilizzare per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Svolge inoltre un servizio per utenti ambulatoriali ed esterni che si rivolgono al Dipartimento per esigenze di "second option" su preparati isto-citopatologici allestiti in altra sede anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale. Le attività diagnostiche sui campioni operatori e biotipici, 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.

### 3.2.2. DOTAZIONE DI POSTI LETTO

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari è presente nella rete ospedaliera regionale, con 156 posti letto per acuti. Il numero dei posti letto autorizzati è tratto dalla DGR n. 1933 del 30 novembre 2016. I dettagli dei posti letto autorizzati sono riportati nella seguente tabella.

Assetto Posti Letto Irccs Oncologico Giovanni Paolo II

DGR 1933/2016

Descrizione Unità Operative	Posti Letto
Chirurgia Generale a indirizzo Oncologico	28
Chirurgia Generale a indirizzo Senologico	14
Oncologia Interventistica	20
Chirurgia Plastica Ricostruttiva	6
Chirurgia Toracica	16
Urologia	8
Oncologia Medica	24
Anestesia Rianimazione e TIPO	4
Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	8
Ginecologia Oncologica Clinicizzata	14
Ematologia	14
<b>Totale Posti Letto</b>	<b>156</b>

I posti letto realmente funzionanti non possono superare quelli autorizzati con DGR.

Annualmente anche al fine di elaborare correttamente i report di funzionalità, con deliberazione del Direttore Generale, viene definito il numero dei posti-letto attivi, che viene aggiornato tempestivamente anche sulla base delle esigenze epidemiologiche della popolazione di riferimento, della disponibilità della logistica e delle risorse umane e professionali e del rispetto dei criteri di appropriatezza. In tal ottica anche la qualificazione dei posti letto (ordinari o di dh) può essere variata nel rispetto del numero totale stabilito a livello regionale. Tale flessibilità risponde alle peculiarità del settore di assistenza che deve essere caratterizzato dalla capacità di adattarsi a mutate esigenze assistenziali.

### 3.2.3. IL PERSONALE

Il rapporto e l'orario di lavoro, il trattamento giuridico ed economico del personale dell'Istituto sono sottoposti alla disciplina del d.lgs 502/1992 e s.m.i. e del D.lgs 165/2001 e s.m.i. e di vigenti CCNL.

#### La dirigenza.

- **Funzioni proprie.** i dirigenti secondo quanto previsto dal presente Atto Aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nell'ambito dell'autonomia che caratterizza il proprio ruolo professionale ed in relazione agli obiettivi di budget annualmente concordati. Nell'ambito delle deleghe, loro attribuite, possono anche assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda. Nei limiti del proprio ruolo e delle deleghe ricevute, spetta, in particolare ai dirigenti, l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante l'esercizio di autonome facoltà di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. In particolare i dirigenti:
  - o danno attuazione agli obiettivi, ai piani, ai programmi, alle direttive generali per la gestione fissati dalla Direzione Generale nel rispetto delle priorità indicate;
  - o collaborano con la Direzione Aziendale, formulando proposte ed esprimendo pareri;
  - o rappresentano l'Azienda in sede negoziale nei limiti delle deleghe assegnate;
  - o dirigono o coordinano e controllano l'attività delle strutture delle quali hanno la responsabilità, anche mediante l'adozione di direttive, atti di indirizzo, linee guida o procedure;
  - o provvedono agli atti di gestione del personale, assegnato alla struttura, curandone l'orientamento al risultato anche attraverso l'attribuzione dei trattamenti economici accessori, secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e integrativi di lavoro;
  - o provvedono alla gestione delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla struttura di pertinenza secondo criteri di flessibilità e uso razionale ed integrato delle risorse medesime;
  - o assicurano il controllo sull'attività delle articolazioni organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
  - o assicurano il controllo sull'attività delle articolazioni organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
  - o assumono tutte le iniziative necessarie al fine di assicurare la semplificazione, la trasparenza e la responsabilizzazione delle procedure interne;
  - o curano la sicurezza sui luoghi di lavoro, per quanto di competenza.

L'adozione di atti non ricompresi nelle funzioni di competenza costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente normativa, anche contrattuale.

E' fatto salvo il potere del Direttore Generale di annullamento, in autotutela, per i soli motivi di legittimità degli atti amministrativi compiuti dai dirigenti. Tale potere sarà esercitabile entro un termine ragionevole, qualora sussistano le ragioni di interesse pubblico e tenendo conto degli interessi del destinatari e dei controinteressati.

In caso di inerzia o ritardo nell'esercizio di funzioni proprie, il Direttore Generale fissa un termine entro il quale il dirigente deve adottare l'atto o il provvedimento contestualmente muovendo formale contestazione e qualora l'inerzia o il ritardo permangono, dà incarico di provvedere ad altro dirigente.

- **Funzioni delegate.** Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e i Dirigenti dell'Istituto svolgono tutti gli altri compiti e funzioni ad essi delegati ai sensi della vigente disciplina di legge.  
Tale delega è gratuita, deve risultare da atto pubblico e deve essere accettata dal delegato per iscritto con atto recante data certa anteriore allo svolgimento dei compiti e delle funzioni delegate; la delega deve attribuire al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni e dei compiti delegati e deve attribuire al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni e dei compiti delegati.  
La delega può essere revocata da Direttore Generale in ogni momento con atto pubblico; la revoca non comporta il riconoscimento di indirizzo alcuno in capo al delegato.  
Il soggetto al quale sia stata conferita la delega non può, a sua volta, delegare le funzioni e i compiti delegati senza il consenso del delegante (Direttore Generale).  
Avverso gli atti amministrativi compiuti nell'esercizio della delega è ammesso ricorso al Direttore Generale dell'Istituto da proporsi entro 30 giorni dalla notificazione dell'atto ovvero, se anteriore, dalla sua

pubblicazione; con il ricorso possono essere richiesti esclusivamente l'annullamento o la revoca dell'atto. Avverso gli atti di natura privata compiuti dal delegato nell'esercizio della delega sono esperibili i rimedi previsti dal codice civile e dalle leggi speciali.

L'adozione di atti eccedenti la delega costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente disciplina.

- **Responsabilità dirigenziale.** Il dirigente è responsabile del corretto svolgimento degli incarichi conferiti e risponde, in particolare, della realizzazione dei programmi e dei progetti affidati, del risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, delle decisioni organizzative, degli atti di gestione del personale e dell'attività svolta dalle strutture alla quali è preposto.

I risultati negativi dell'attività o della gestione, il mancato raggiungimento degli obiettivi o l'inosservanza di indirizzi e direttive generali, sia tecnico-professionali che operative, nonché il mancato rispetto dei regolamenti adottati da questo Istituto, comportano per il dirigente interessato l'applicazione delle misure previste dalla vigente normativa, anche contrattuale.

L'azienda adotta i criteri generali, definiti nell'ambito della concertazione con le rappresentanze sindacali, per la valutazione delle attività, delle prestazioni e competenze organizzative dei dirigenti. Le procedure di valutazione sono improntate al principio di trasparenza dei criteri e dei risultati, di informazione adeguata e di partecipazione del valutato anche attraverso il contraddittorio. Le relative risultanze della valutazione annuale sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati anche al fine delle verifiche previste dalla vigente normativa contrattuale per la conferma o attribuzione di nuovi incarichi.

Degli esiti della valutazione si tiene conto nelle successive decisioni di affidamento di incarichi di funzione dirigenziale perseguendo logiche meritocratiche. Allo scopo, le relative risultanze sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati.

Si riportano, qui di seguito, delle tabelle riassuntive del personale presente al 31/12/2017, con distinzione del profilo professionale e tipologia di attività

**Tabella 2 Dettaglio del personale dipendente al 31/12/2017**

Ruolo	Dettaglio ruolo	Totale al 31/12/2017
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO	48
	DIRIGENZA NON MEDICA AMMINISTRATIVA	4
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA NON MEDICA PROFESSIONALE	3
RUOLO SANITARIO	COMPARTO	295
	DIRIGENZA MEDICA	133
	DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA	17
RUOLO TECNICO	COMPARTO	42
<b>Totale complessivo</b>		<b>542</b>

**Tabella 3 Dettaglio del personale con contratto di collaborazione e borse di studio destinato alla ricerca al 31/12/2017**

Ruolo	Totale al 31/12/2017
Data Manager	4
Personale Tecnico destinato alla ricerca	5
Biologi	37
Personale medico	3
Farmaci	2
Psicologi	3
Personale amministrativo destinato alla ricerca	6
<b>Totale</b>	<b>60</b>

### 3.3. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E OSPEDALIERA

Si riportano qui di seguito i dati di attività relativi all'anno 2016, in quanto i dati di produzione relativi all'anno 2017 sono in corso di valutazione.

L'attività assistenziale in regime di ricovero dell'Istituto nel corso del 2016 risulta in rilevante incremento rispetto al 2015 sia in termini numerici che di fatturato.

Si riporta di seguito il dettaglio dell'attività assistenziale 2016 a confronto con l'anno 2015:

ATTIVITA' ASSISTENZIALE	2015 (nr)	2016 (nr)	Differenza 2015 (nr)	2016-Differenza 2015 (%)
RICOVERI REGIME ORDINARIO	2189	2408	219	10%
RICOVERI REGIME DIURNO	1268	726	-542	-43%
<b>Totale Ricoveri</b>	<b>3457</b>	<b>3134</b>	<b>-323</b>	<b>-9%</b>
<b>ATTIVITA' AMBULATORIALE</b>	<b>536.591</b>	<b>492.538</b>	<b>-44.053</b>	<b>-8%</b>

In termini di fatturato si rileva quanto segue:

PRODUZIONE	2015 (nr)	2016 (nr)	Differenza 2015 (nr)	2016-Differenza 2015 (%)
RICOVERI REGIME ORDINARIO	11.354.045	13.118.584	1.764.539	16%
ATTIVITA' AMBULATORIALE	7.508.720	7.868.477	359.758	5%
<b>Totale Produzione</b>	<b>18.862.765</b>	<b>20.987.061</b>	<b>2.124.297</b>	<b>11%</b>

L'attività di ricovero presenta un incremento del 16% (€ 1.764.539) e l'attività ambulatoriale presenta un incremento del 5% (€ 359.758) rispetto all'anno precedente.

Con riferimento all'attività ambulatoriale si evidenzia che, a fronte di un volume di prestazioni erogate nell'anno 2016 minore rispetto all'anno precedente (-9%), il fatturato è aumentato del 5%, grazie ad un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

In riferimento all'attività di ricovero per singola UU.OO. si riportano le seguenti informazioni:

REPARTO	ANNO 2015	N°	ANNO 2016	N°	ANNO 2015	N°	ANNO 2016	N°
	ricoveri		ricoveri		ricoveri		ricoveri	
	<i>Day Hospital</i>		<i>Day Hospital</i>		<i>Ordinari</i>		<i>Ordinari</i>	
CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO			136				472	
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	203		76		613		190	
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	193		129		186		410	
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	199		110		397		422	
EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	63		1		217		254	
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	75		69		26		29	
OTORINOLARINGOIATRIA	250		205		163		83	
ONCOLOGIA MEDICA	285				587		548	
<b>TOTALE</b>	<b>1268</b>		<b>726</b>		<b>2189</b>		<b>2408</b>	

Dalla tabella dei dati di attività in regime di ricovero si evidenzia un complessivo incremento dei ricoveri ordinari (da n. 2.189 nel 2015 a n. 2.408 nel 2016) connesso in particolare alla ripresa dell'attività della UOC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico, che passa da n. 186 nell'anno 2015 a n. 410 nell'anno 2016 ricoveri in regime ordinario.

Contestuale è la riduzione dei ricoveri in regime di Day Hospital, per effetto della maggiore attenzione posta a garantire l'appropriatezza dei ricoveri.

Si segnala, inoltre, l'incremento dell'attività in regime di ricovero ordinario della UOC di Oncologia Interventistica passato da n. 397 nel 2015 a n. 422 nel 2016 e della UOC di Ematologia e Terapia Cellulare passato da n. 217 nel 2015 a n. 254 nel 2016.

Si riporta di seguito il dettaglio per Unità Operativa dell'attività ambulatoriale esterna:

**RIEPILOGO ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA**

AMBULATORIO	NR. PRESTAZIONI 2015	NR. PRESTAZIONI 2016	DIFFERENZA (N)	DIFFERENZA %
CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO	4.456	2.970	-1.486	-33%
CHIRURGIA GENERALE APPARATO DIGERENTE	914	1.166	252	28%
OTORINOLARINGOIATRIA	3.865	4.641	776	20%
RADIOLOGIA SENOLOGIA	21.581	23.496	1.915	9%
GINECOLOGIA	8.843	7.580	-1.263	-14%
EMATOLOGIA	14.695	14.131	-564	-4%
RADIOTERAPIA	36.755	33.058	-3.697	-10%
ONCOLOGIA MEDICA	46.700	49.418	2.718	6%
RADIOLOGIA AVANZATA	14.925	14.031	-894	-6%
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	9.312	10.197	885	10%
LABORATORIO ANALISI	336.468	286.653	-49.815	-15%
CARDIOLOGIA	8.641	8.913	272	3%
GASTROENTEROLOGIA	4.452	4.442	-10	0%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12.263	15.298	3.035	25%
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	5.332	8.382	3.050	57%
CHIRURGIA PLASTICA	6.520	7.109	589	9%
ONCOLOGIA MEDICA E SPERIMENTALE	869	1.053	184	21%
<b>TOT</b>	<b>536.591</b>	<b>492.538</b>	<b>-44.053</b>	<b>-8%</b>

L'attività ambulatoriale esterna si presenta complessivamente in decremento rispetto all'anno precedente (-€/mgI 44.053, -8%).

Si riportano di seguito i valori relativi al tasso di occupazione dei posti letto ed al peso medio dei ricoveri delle UU.OO con posti letto dell'Istituto:

**INDICATORI DI ATTIVITA**

Unità Operativa	% occupazione		Peso medio	
	2015	2016	2015	2016
Oncologia Interventistica	107,91	125,2	1,49	1,72
Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico	81,08	86,94	2,49	1,99
Ginecologia Oncologica	46,67	39,41	1,3	1,37
Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico		60,96		1,13
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	58,69	2016	1,18	2016
		60,67		1,44
Otorinolaringoiatria	73,9	62,66	1,14	1,12
Oncologia Medica	82,4	85,87	1,05	1,17
Ematologia e Terapie cellulari	85,48	94,1	2,52	2,62

La tabella degli indicatori di attività mostra un miglioramento del tasso di occupazione dei posti letto, con particolare riferimento alla UOC di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico, alla UOC di Ematologia e Terapie Cellulari ed alla UOC di Oncologia Interventistica.

Si riporta, di seguito, il dettaglio del valore dell'attività produttiva intra-regionale, extra-regionale.

**Tab. 1 Mobilità Infraregionale**

Prestazioni	Produzione 2015	Produzione 2016	Differenza 2016-2015 (€)	Differenza (%)
Ricoveri (*)	10.646.865	12.481.654	1.834.789	17,2%
Ambulatoriale (**)	7.267.072	7.696.171	429.099	5,9%
<b>Totale</b>	<b>17.913.937</b>	<b>20.177.825</b>	<b>2.263.888</b>	<b>12,6%</b>

(\*) Il valore è al lordo della inappropriatazza

(\*\*) il Valore è al netto del ticket

L'attività in regime di ricovero infraregionale alla data del 31 dicembre 2016 è in aumento rispetto all'anno precedente (+€ 1.834.789, +17,2%) così come aumenta il valore dell'attività in regime ambulatoriale (+€ 429.099, +5,9%).

Si riporta di seguito il valore delle prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale a pazienti non residenti nel territorio regionale nell'anno 2016 a confronto con la produzione dell'anno precedente.

**Tab. 2 Mobilità extraregionale e nazionale**

Prestazioni	Produzione 2015	Produzione 2016	Differenza 2016-2015 (€)	Differenza (%)
Ricoveri(*)	707.180,00	636.930	-70.250	-9,9%
Ambulatoriale (**)	241.647,48	172.306	-69.341	-28,7%
<b>Totale</b>	<b>948.827,48</b>	<b>809.236</b>	<b>-139.591</b>	<b>-14,7%</b>

(\*) Il valore è al lordo della inapproprietezza

(\*\*) il Valore è al netto del ticket

L'attività in regime di ricovero extraregionale alla data del 31 dicembre 2016 è in decremento rispetto all'anno precedente (- € 70.250, -9,9%) così come diminuisce l'attività in regime ambulatoriale (- € 69.341, -28,7%).

In riferimento all'analisi economico, patrimoniale finanziaria dell'Istituto si rinvia alla Delibera n. 305 del 31.05.2017 avente od oggetto: "*Bilancio d'esercizio 2016*".

### **3.4. LA RICERCA**

Si riportano di seguito le strutture interamente o parzialmente dedicate, nel 2016<sup>2</sup>, a progetti di Ricerca Corrente e Finalizzata e a progetti Regionali, così come verificate ed aggiornate dalla Direzione Scientifica.

#### ✓ **Laboratori dedicati specificamente alla ricerca**

##### **A. LABORATORI DI RICERCA TRASLAZIONALE** - Collocazione interna. Responsabile scientifico Direttore Scientifico. Sezioni:

- Genetica Molecolare Applicata – Omica Coordinamento Dr.ssa S. Tommasi; Personale assegnato 1 Biologo dirigente, 1 Tecnico, 6 Biologi Contrattisti; Apparecchiature qualificanti Sequenziatore per Next Generation Sequencing, dHPLC, Sequenziatore capillare, Real Time-PCRs. In fase di acquisizione Digital PCR, attrezzatura per NGS per whole genome; Principali aree di attività Analisi Genetico-Molecolare geni di suscettibilità, diagnostica molecolare, farmaco genetica, Epigenetica.
- Biomorfologia Funzionale – Coordinamento Dr.ssa A Mangia; Personale assegnato 1 Biologo dirigente, 3 Biologi contrattisti; Apparecchiature qualificanti Microscopi ottico e a fluorescenza, Analizzatori di immagine, Microdissettore Laser, TissueMicroarray; Principali aree di attività: Caratterizzazione biomorfologica dei tumori solidi, Validazione analitica/clinica di nuovi biomarcatori prognostico-predittivi.
- Farmacologia Clinica e Pre-clinica/AnimalFacility Responsabile per il 2016: Direttore Scientifico Prof. Giampietro Gasparini; Personale assegnato 2 Chimici Farmaceutici a contratto, 1 Biologo a contratto; Apparecchiature qualificanti incubatori a CO<sub>2</sub>, HPLC, PCR, Microscopi, multilabelcounter, platerreader, apparati per analisi di proteine, etc; Principali aree di attività:
  1. caratterizzazione preclinica di farmaci, di nuova sintesi o già inclusi in trias clinici, in vari modelli tumorali;
  2. studio della stabilità chimica e microbiologica di farmaci;
  3. determinazione in campioni biologici di selezionati markers (biomarkers o metaboliti di farmaci) al fine di identificare nuovi fattori predittivi di risposta alla terapia;
- Proteomica: Responsabile per il 2016: Direttore Scientifico Prof. Giampietro Gasparini; Personale Assegnato: Dr. VM Garrisi, Biologo contrattista Apparecchiature qualificanti: SELDI-TOF, Area di attività: Sieroproteomica e BioMarkerDiscovery.
- GMP Facility Centro Avanzato di Terapie Cellulari - Collocazione interna; Denominazione Centro Avanzato Terapie Cellulari; Anno di istituzione 2011; Responsabile per il 2016: Direttore Scientifico Prof. Giampietro Gasparini; Personale assegnato 1 Medico dirigente, 2 Biologi/Biotecnologi a contratto; Apparecchiature qualificanti Laboratorio GMP:Separatore cellulare, Incubatori a CO<sub>2</sub>, Microscopio a luce invertita, microscopio ottico con fotocamera e software d'immagine, Citofluorimetro a 6-8 colori CE-IVD, coloratore automatico, Medimachine BD, Armadi frigoriferi -80 e -20°C, frigoriferi +4 °C, Congelatore a secco (azoto)

---

<sup>2</sup> Tale analisi prende in considerazione l'anno 2016 in quanto è l'ultimo dato ufficiale pubblicato. Con riferimento all'anno 2017, le attività svolte e risultati ottenuti sono in corso di validazione.

a discesa programmata, contenitori criobiologici, Contenitori per il trasporto di prodotti cellulari in azoto liquido, Sepax, Scongelo di sacche; Principali aree di attività: Trapianti in Ematologia; Isolamento, coltura, espansione, differenziazione e manipolazione in vitro di cellule umane per lo sviluppo di terapie efficaci in campo oncologico, ematologico e, più in generale, nelle patologie immuno-mediate; Vaccinoterapia.

**B. BIOBANCA ISTITUZIONALE** - Collocazione interna; Denominazione Bio-banca Istituzionale Responsabile scientifico: Dr. Angelo Paradiso; Personale assegnato 1 Biologo a contratto, 1 patologo, 2 tecnici Superficie occupata mq 200 circa su 2 livelli; Apparecchiature qualificanti: AREA Crioconservazione per fini Ricerca: n.8 congelatori -80°C, n.2 Duvall da 1500 lt di N2 per conservazione in immersione o vapori di N, AREA Crioconservazione per fini Terapeutici: n.2 Duvall da 1500 lt di N2, sistemi controllo ambientale condizioni fisico-chimiche, Reservoir N2 da 10000 lt, congelatori discesa programmata, estrattori macromolecole, real time PCR; Laboratori per handling materiale biologico per fini di ricerca; Laboratori per handling materiale biologico per fini terapeutici. Principali aree di attività biobanchaggio, gestione tessuti biologici.

**C. Servizi dedicati specificamente alla ricerca**

- Direzione Scientifica - Collocazione interna; Denominazione Direzione Scientifica; Anno di istituzione 1985; Responsabile per il 2016: Direttore Scientifico il Prof. G. Gasparini; Personale assegnato 4 contrattisti; Principali aree di attività: a) Gestione amministrativa; b) Gestione, Monitoraggio e Rendicontazione Ricerca Corrente/Finalizzata; c) Relazioni Internazionali; D) Fund Raising;
- Centro Studi Clinici Controllati - Collocazione Interna; Anno di istituzione 2013; Coordinamento Dr. A. Guarini e dal 28 settembre 2015 è coordinato dal Direttore Scientifico; Personale assegnato 6 medici oncologi; Principali aree di attività: Gestione Sperimentazioni Cliniche
- Coordinamento Team Multidisciplinari - Collocazione interna; Anno di istituzione 2009; Coordinamento Direttore Scientifico/Direttore Sanitario delegati Dr. A. Guarini e Dr. R. Lacalamita; Apparecchiature qualificanti DB, SW; Principali aree di attività: Supporto teams Multidisciplinari
- Servizio Sperimentale Psico-Oncologia - Collocazione interna; Denominazione Servizio Sperimentale Psico-Oncologia; Anno di istituzione 2006; Personale assegnato 2 Psicologi contrattisti; Apparecchiature qualificanti DB, SW; Principali aree di attività: Consulenza/Supporto Psicologo, Ricerca su QL in vari fasi del problema cancro;
- Centro Studi Tumori Familiari – Collocato all’interno dell’Istituto, il Centro Studi Tumori Eredo-Familiari ha preso avvio nel 2002 ed è dal 2013 aggregato alla UO di Oncologia Medica ad Indirizzo Sperimentale diretta dal dr. A. Paradiso. Attualmente eroga circa 500 Consulenze Genetiche Oncologiche per anno ed è in diretta relazione con il Laboratorio di Genetica Molecolare Applicata diretto dalla dr.ssa Tommasi. Personale assegnato 1 Medico Oncologo dirigente, 1 Medico Oncologo a Contratto, 1 Medico a contratto, 1 Psicologo a contratto. Principali aree di attività: Consulenza Genetica Oncologica su patologia Eredo-Familiare.
- Registro Tumori della Regione Puglia - Collocazione Interna della Regione Puglia; Anno di istituzione 2008; Responsabile scientifico Prof. Giorgio Assennato – ARPA Puglia; Coordinatore istituzionale Dr. P. Milella; Personale assegnato Centro di Coordinamento: n.1 Statistico, n.2 addetti alla segreteria amministrativa, n.2 addetti alla codifica-biologi; ASL BA: n. 2 addetti alla rilevazione; ASL TA: n.1 addetto alla codifica-biologo, n.1. addetto alla rilevazione; ASL BR: n.1 addetto alla rilevazione; ASL LE: n. 2 addetti alla rilevazione; ASL FG: n. 2 addetti alla rilevazione; Apparecchiature qualificanti DB, SW; Principali aree di attività Raccolta, registrazione ed Analisi Dati. Da febbraio 2017 il coordinamento del Registro Tumori è passato all’ARES, in applicazione di quanto disposto dalla DGR n. 2040 del 13/12/2016.

**D. Strutture di supporto alla ricerca:** Le strutture di supporto alla ricerca sono:

- Biblioteca e documentazione scientifica,
- Grant Office,

- Laboratori clinici e di ricerca,
- Servizi clinici e di ricerca,
- Strutture assistenziali (ambulatoriali e di ricovero).

**E. Convenzioni** Si riportano di seguito le convenzioni con Enti per la ricerca:

- Organization of European Cancer Institutes (OEI, Bruxelles-B) per attività formativo - educazionali;
- Fondazione Istituto Tumori G. Pascale Napoli: attività di ricerca in vivo;
- Associazione Italiana Malati di cancro, parenti e amici (AIMaC): Adesione al progetto "Informa cancro";
- Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari: Collaborazione Ricerca;
- Università degli Studi di Bari -Dipartimento dell’Emergenza e dei Trapianti di Organi: Implementazione Attività di Ricerca;
- Università degli Studi di Bari –Dipartimento Sanità e Benessere Animali: Collaborazione scientifica in patologia Comparata;
- Università degli Studi di Bari – Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- MASMEC - azienda specializzata in tecnologie di precisione, robotica e meccatronica, applicate ai settori dell’automotive e del biomedicale;
- il CNR Nanotech di Lecce,
- l’IRCCS I.O.R. di Meldola,
- l’Università di Catanzaro,
- Karolinska Institute di Stoccolma.

L’anno 2016 è stato per l’Istituto Tumori di Bari un anno caratterizzato da iniziative cruciali, alcune delle quali già progettate negli anni precedenti.

In via generale, l’Istituto ha messo in campo tutte quelle azioni urgenti, quali l’attivazione di tutte le importanti strutture sperimentali progettate e la cooptazione di nuove forze culturali, che hanno consentito di raggiungere importanti risultati nell’ambito della ricerca e il prestigioso mantenimento del carattere scientifico dell’Istituto formalizzato con Decreto del Ministero della Salute del 1 dicembre 2016 pubblicato sulla GURI Serie Generale n.296 del 20-12-2016 che conferma il riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico «Istituto Tumori Giovanni Paolo II», in Bari, per la disciplina di «oncologia».

Tuttavia, molto rimane ancora da fare soprattutto attraverso la realizzazione di strutture fondamentali per completare filiere di ricerca specificamente destinate allo sviluppo di nuovi farmaci, di vaccini, di genetica di popolazione, di nuove tecnologie, ecc..

In sintesi, nel 2016 le attività di Ricerca ed il conseguente utilizzo dei fondi ad esse destinati, sono state indirizzate a:

- a) la realizzazione dei programmi di ricerca corrente, alcuni ancora in fase di attuazione;
- b) lo svolgimento dei Progetti Finalizzati che, finanziati da diversi Enti, risultano attualmente in corso e dei progetti che sono in via di realizzazione, come per esempio i progetti dell’Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro;
- c) l’istituzione di borse di studio per laureati in discipline prevalentemente sanitarie, attivazione di contratti finalizzati alla ricerca clinica e/o traslazionale;
- d) l’utilizzo dei fondi del 5 per mille (diversi anni);
- e) l’utilizzo dei fondi di conto capitale;
- f) sviluppo di progetti finanziati da risorse comunitarie (Nanofactoring; Diachemo; Cancon).

Detti obiettivi sono naturalmente il risultato di un profondo confronto clinico - scientifico avvenuto ai vari livelli istituzionali e ritenuti, in maniera condivisa, prioritari ed essenziali per la natura stessa di IRCCS della nostra Istituzione. Più in generale, per il futuro, si prevede:

- aumento della produttività scientifica, intesa come numero di articoli pubblicati su giornali internazionali e/o come numero di impact factor globale normalizzato;
- aumento dei finanziamenti alla ricerca, sia di provenienza ministeriale sia extraministeriali;
- avvio della BioBanca istituzionale nella nuova sede;
- attivazione dei protocolli scientifici per trapianto midollo;
- attivazione protocollo clinico-assistenziale di radioembolizzazione epatica; implementazione dei trattamenti di chemioterapia sistemica e/o loco regionale associate ad ipertermia esterna.

L'integrazione tra attività assistenziale e di ricerca è stata realizzata attivando i PDTA per le patologie più rilevanti: carcinoma mammario, NSCLC e tumori coloretali e le linee guida dell'Istituto per le altre patologie di rilievo anche nel settore onco-ematologico. E' iniziata la procedura per istituire un "Centro per Studi Clinici Controllati e Biostatistica" nel quale operano n° 4 Data Manager, n° 2 infermieri di ricerca e n° 1 biostatistico che saranno a disposizione di tutte le Unità Operative che svolgono attività di ricerca traslazionale e clinica. Nel 2016 sono attivi n° 135 contratti di ricerca e n° 7 borse di studio per medici, biologi, chimici, ingegneri e figure amministrative.

È stata sottoscritta una convenzione con l'Università di Bari, il CNR Nanotech di Lecce, l'IRCCS I.O.R. di Meldola e il Karolinska Institute di Stoccolma.

Nell'ambito della ricerca sono stati potenziati i settori di Omica anche con il programmato acquisto di un apparecchio NGS di ultima generazione (conto capitale), della farmacologia, del laboratorio di terapie cellulari, con l'avvio della procedura di attivazione del settore GMP in collaborazione con l'IRCCS I.O.R. di Meldola e l'attivazione del primo modulo della bio-banca. Sono state attivate n° 2 nuove aree di ricerca: 1) Nanotecnologie applicate in oncologia; 2) Immunologia e metabolismo.

L'Istituto è stato riconosciuto da OECD come Clinical Cancer Center inserendo di fatto l'IRCCS di Bari nella elite europea dei centri per la diagnosi e cura dei tumori.

L'organizzazione generale è orientata a garantire la centralità del malato al quale devono essere garantiti tempestività di intervento ed elevata qualità degli approcci diagnostico-terapeutici e di riabilitazione psico-fisica.

Gli obiettivi generali raggiunti nell'anno 2016 sono di seguito riportati:

- a) esecuzione del bando per la ricerca corrente per il 2016 (Delibera 504/2015) con selezione delle proposte di ricerca traslazionale scientificamente giudicate più competitive;
- b) attuazione di procedure facilitanti la ricerca traslazionale in Istituto;
- c) acquisizione di nuove strumentazioni tecnologiche che hanno consentito l'implementazione della qualità della ricerca;
- d) ampliamento delle collaborazioni nazionali ed internazionali;
- e) utilizzo del fondo del 5 x mille dell'anno 2013 per l'avvio di nuove progettualità quali la applicazione delle nanotecnologie nella ricerca farmacologica e l'acquisizione di una metodologia innovativa ed esclusiva per la determinazione delle cellule tumorali circolanti (CTC);
- f) partecipazione al progetto nazionale di Alleanza Contro il Cancro (ACC) per lo sviluppo di piattaforme genomiche per la "precision medicine" in oncologia;
- g) acquisizione di nuove professionalità nell'ambito della ricerca traslazionale.

Dettagli sui programmi di ricerca dell'Istituto sono disponibili al sito <http://ricerca.cbim.it/index.html>

Essi sono organizzati secondo le 6 Linee di Ricerca approvate dal Ministero competente e comportano l'utilizzo di specifici fondi disponibili come Finanziamento per la Ricerca Corrente.

Dette Linee di Ricerca Corrente sono così riassumibili:

- LINEA 1- LE RETI, IL TERRITORIO, LA SOCIETA' CIVILE, L'ISTITUTO
- LINEA 2- CANCEROGENESI E PREVENZIONE TUMORALE
- LINEA 3- LA INNOVAZIONE ED OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO CLINICO DELLA DIAGNOSTICA LABORATORISTICA E STRUMENTALE
- LINEA 4: TRATTAMENTI FISICO-CHIMICI: L'INTEGRAZIONE, LA MINI INVASIVITA', L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA
- LINEA 5 - CANCRO E QUALITÀ DELLA VITA: DALLA PREVENZIONE, ALLE TERAPIE DI SUPPORTO E COMPLEMENTARI, ALLA SOPRAVVIVENZA
- LINEA 6 - NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E DI FARMACO-ECONOMIA

### 3.5. PRINCIPI E STRUMENTI DELLA GESTIONE

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

- **Libera Professione.** L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, al fine di promuovere lo sviluppo del capitale intellettuale interno, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria. L'attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) è disciplinata da apposito regolamento aziendale all'interno del quale sono evidenziati i criteri organizzativi ispiratori dell'attività:
  - L'attività deve essere effettuata in modo da non confliggere con i fini istituzionali;
  - I cittadini devono essere sempre informati dalla strutture aziendali a ciò preposte (URP e Servizio Cup/Ticket) della possibilità di ottenere le prestazioni offerte sia in regime istituzionale che in regime libero professionale;
  - I proventi della libera professione sono ripartiti tra il professionista e l'Istituto in modo da coprire i costi diretti ed indiretti che l'Istituto sostiene per erogare la prestazione;
  - Nel rispetto della massima trasparenza ed accessibilità alla documentazione relativa all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari si impegna ad adottare i più aggiornati strumenti di monitoraggio delle liste d'attesa.
- **La trasparenza come fattore per la prevenzione della corruzione.** L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari attua i principi stabiliti dalle norme in materia di trasparenza (D.lgs 33/2013) e anticorruzione (Legge 190/2012), nonché gli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). La trasparenza, secondo la definizione normativa vigente, costituisce un livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche. A questo scopo, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari promuove la trasparenza quale valore fondamentale dell'agire gestionale e dell'organizzazione. L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari adotta e aggiorna annualmente il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, secondo le disposizioni vigenti. Aggiorna costantemente la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale. Vigila sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi e in materia di conflitto d'interesse.
- **Funzioni di controllo interno.** Ai fini del riordino e potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati della attività svolte, ai sensi del D.lgs 286/1999 l'Istituto assicura:
  - Il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
  - Il controllo di gestione, con l'obiettivo di ottimizzare il rapporto tra i costi e risultati anche mediante tempestivi interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
  - La valutazione del personale con incarico dirigenziale;
  - Il controllo strategico direzionale, al fine di verificare l'attuazione delle scelte contenute nelle direttive di programmazione.Il controllo di gestione fornisce gli elementi informativi su cui basare, annualmente, la contrattazione di budget, la cui regolamentazione analitica viene aggiornata tramite provvedimento del Direttore Generale.

- **Gli strumenti della Gestione.** Al fine di realizzare le proprie attività l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari si avvale di:
  - Strumenti gestionali di controllo e rendicontazione dei risultati della propria attività prevalentemente rivolti a soggetti istituzionali (Bilancio, Relazione annuale delle Ricerca ecc.);
  - Strumenti gestionali operativi, che mirano prevalentemente a garantire il buon funzionamento dell'Istituto, quali i sistemi operativi di rilevazione contabile, programmazione, budgeting, controllo delle attività, gestione della qualità e gestione e valorizzazione delle risorse umane e strumentali.Le procedure di controllo in uso presso l'Istituto sono conformi a quanto previsto dalle norme in materia di certificabilità.
- **L'attività contrattuale.** L'attività contrattuale è disciplinata con apposito Regolamento aziendale sulla base dei seguenti criteri:
  - La contrattazione si svolge nei limiti di quanto previsto dagli atti di programmazione;
  - L'attività di contrattazione e la scelta delle modalità negoziali si conformano a criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità;
  - Nella contrattazione è assicurato il rispetto dei principi di correttezza, imparzialità, uso riservato delle informazioni nella fase precontrattuale e contrattuale e di ampia concorrenzialitàTali principi sono in particolare perseguiti prospettando in modo paritario a tutti i concorrenti le opportunità negoziali ed, in particolare, assicurando laddove possibile, l'adeguata informazione in merito all'oggetto del contratto, alle eventuali condizioni contrattuali, ai criteri e alle modalità di individuazione del contraente.
- **Atti Regolamentari.** Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'organizzazione ed il funzionamento interno delle varie posizioni funzionali.

#### **4. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE**

Il concetto di corruzione evidenziato dalla Legge 190/2012 è un'accezione molto ampia. Infatti comprende tutte le situazioni in cui si riscontri un abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Il legislatore, infatti, non si riferisce alle sole fattispecie di cui all'art. 318, 319 e 319 ter del Codice Penale, ma estende la definizione di corruzione a tutti i delitti contro la pubblica amministrazione e ad ogni situazione in cui, a prescindere della rilevanza penale, coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzioni di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento di interessi privati e particolari. I principali fattori di rischio per questi fenomeni corruttivi sono due:

1. L'asimmetria informativa;
2. Conflitto d'interesse.

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

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

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

#### **5. GESTIONE DEL RISCHIO**

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai P.N.A. approvati, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, ha proceduto alla mappatura delle aree maggiormente esposte a rischio di corruzione nonché

all'individuazione, per ciascuna di esse, dei processi più frequentemente soggetti al rischio corruttivo. In sanità la metodologia di "gestione del rischio" ha come riferimento la norma ISO 3100 "Risk Management - Principles and guidelines" la cui metodologia è quella di riferimento nell'allegato 6 del P.N.A.

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

Per ciascun processo sono stati individuati potenziali rischi corruttivi, con la valutazione del grado di rischio. In particolare la "valutazione complessiva del rischio" è stata svolta secondo la metodologia indicata dal P.N.A. (Allegato 5). Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di "probabilità" e "impatto", come di seguito riportati, 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

INDICE DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'						INDICE DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			
Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionabilità del processo	Controllo	Impatto Organizzativo	Impatto Economico	Impatto Reputazionale	Impatto Organizzativo e, Economico e sull'Immagine
da 1 a 5	2 o 5	1,3,5	1,3,5	1 o 5	da 1 a 5	da 1 a 5	da 1 a 5	da 0 a 5	da 1 a 5

Tale analisi, non esaustiva e comunque soggetta a revisione periodica, permette di classificare i rischi emessi in base al dato numerico assegnato, come di seguito riportato.

Basso	Medio	Alto	Rilevante
da 1 a 3	da 3,1 a 6	da 6,1 a 12	da 12,1 a 25

Nel corso del 2018 verrà presentata la proposta di implementazione di una procedura di gestione informatizzata di gestione del rischio, consentendo un miglioramento qualitativo nella gestione dei processi a rischio nonché la possibilità di una migliore gestione delle misure di controllo, nonché di procedere ad una più analitica mappatura del processi a rischio corruzione.

Si riportano qui di seguito le schede di valutazione degli indici di valutazione delle probabilità dell'impatto utilizzate, nonché la mappatura della valutazione rischi dell'istituto rispetto ai macro – processi a rischio corruzione e i singoli processi.



INDICE DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'		
Macro Area a Rischio Corruzione		
Processo esposti a rischio di corruzione		
U.O.		
<b>Discrezionalità</b>	Il processo è discrezionale?	No, è del tutto vincolato <input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi <input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato solo dalla legge <input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi <input type="checkbox"/> E' altamente discrezionale <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Rilevanza esterna</b>	Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	No, ha come destinatario finale un ufficio interno <input type="checkbox"/> Si, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni dell'Istituto <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Complessità del processo</b>	Si tratta di un processo che comporta il coinvolgimento di più Unità Operative dell'Istituto?	No, il processo coinvolge una sola struttura dell'Istituto <input type="checkbox"/> Si, il processo coinvolge più di 2 strutture dell'Istituto <input type="checkbox"/> Si, il processo coinvolge più di 3 strutture dell'Istituto <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Valore Economico</b>	Qual è l'impatto economico del processo?	Ha rilevanza esclusiva interna? <input type="checkbox"/> Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni <input type="checkbox"/> Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Frazionalità del processo</b>	Il risultato finale del processo può essere raggiunto effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, complessivamente assicurano lo stesso	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Controllo</b>	Le misure di controllo utilizzate dall'Istituto sui vari processi sono adeguati a ridurre la probabilità del verificarsi del rischio?	Si, costituisce un efficace strumento di riduzione del rischio <input type="checkbox"/> Si, è molto efficace <input type="checkbox"/> Si, per una percentuale approssimativa del 50% <input type="checkbox"/> Si, ma in minima parte <input type="checkbox"/> No, il rischio rimane indifferente <input type="checkbox"/>
		<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Valore Medio della Probabilità</b>		
SCALA DEI VALORE DELLA PROBABILITA'		
Nessuna probabilità		<input type="checkbox"/>
Improbabile		<input type="checkbox"/>
Poco Probabile		<input type="checkbox"/>
Probabile		<input type="checkbox"/>
Molto probabile		<input type="checkbox"/>
Altamente probabile		<input type="checkbox"/>
DATA INCONTRO	_____	
FIRMA RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	_____	
FIRMA RESPONSABILE U.O.	_____	
FIRMA PERSONALE P.O.	_____	
FIRMA REFERENTE INTERNO	_____	
NOTE:	_____	



Regione Puglia



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

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO			
Macro Area a Rischio Corruzione	0		0
Processo esposti a rischio di corruzione	0		0
U.O.			
<b>Impatto organizzativo</b>	Rispetto al totale del personale impiegato nella U.O. competente, qual è la percentuale del personale impegnata nel processo?	Fino a circa il 20% Fino a circa il 40% Fino a circa il 60% Fino a circa il 80% Fino a circa il 100%	1 2 3 4 5
			<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Impatto economico</b>	Negli ultimi 5 anni sono state pronunciate delle sentenze a carico dei dipendenti dell'Istituto di riferimento e/o di risarcimento del danno nei confronti dell'Istituto?	No Si	1 5
			<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Impatto reputazionale</b>	Negli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli ad oggetto il processo o eventi analoghi?	No Non ne abbiamo memoria Si, sulla stampa locale Si, sulla stampa nazionale Si, sulla stampa locale e nazionale Si, sulla stampa locale, nazionale e internazionale?	0 1 2 3 4 5
			<b>Punteggio assegnato</b>
<b>Impatto organizzativo, economico e sull'immagini</b>	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (apicale, intermedio, basso)?	A livello di comparto A livello di funzionario A livello di dirigente o di titolare di posizione organizzativa A livello di Responsabile di Unità Operativa Complessa e/o di Dipartimento A livello di Direzione Strategica (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Scientifico)	1 2 3 4 5
			<b>Punteggio assegnato</b>
			<b>Valore Medio della Valotazione dell'Impatto</b>
SCALA DEI VALORE E IMPORTANZA DELL'IMPATTO			
Nessun impatto			0
Marginale			1
Minore			2
Soglia			3
Serio			4
Superiore			5
DATA INCONTRO	_____		
FIRMA RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	_____		
FIRMA RESPONSABILE U.O.	_____		
FIRMA PERSONALE P.O.	_____		
FIRMA REFERENTE INTERNO	_____		
NOTE:	_____		



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 del referenti interni per la prevenzione della corruzione", composto dal Direttore Generale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza i direttori e/o dirigenti di 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 nell'aggiornamento 2015 del PNA (determinazione ANAC n. 12/2015):

- **AREE GENERALI**

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

- **AREE SPECIFICHE**

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

## **6. MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

### **6.1. SOGGETTI PREPOSTI AL CONTROLLO E ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **6.1.1. LA DIREZIONE AZIENDALE**

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 la Direzione Aziendale:

- a) 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);
- b) Adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un apposito provvedimento entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nonché i suoi eventuali aggiornamenti e procede a comunicarli all'Anac;
- c) Adotta tutti gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- d) Garantisce l'attività di coordinamento degli atti e delle azioni adottati nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

#### **6.1.2. IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPTC)**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, rappresenta uno dei soggetti fondamentali evidenziati dal nostro Legislatore nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella Legge n. 190/2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione. In particolare Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza svolge attività di:

- controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (Oiv), all'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) 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.

Nel corso del 2017 con Deliberazione n.° 200 del 14/04/2017 avente ad oggetto: "Legge n.190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013. Nuova nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'IRCCS Istituto Tumori di Bari", ha provveduto alla rotazione della figura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nominando il dr. Andrea Pugliese, Dirigente Amministrativo, Responsabile della Contabilità Analitica e Costi Standard, in sostituzione del dr. Pietro Milella Direttore della SC UOSE Controllo di Gestione e Qualità.

Tale rotazione è stata possibile in quanto, nel 2017, è stato completato il processo di ristrutturazione dell'assetto organizzativo dell'Istituto, con l'assunzione di nuove figure dirigenziali nel settore amministrativo, consentendo una più corretta attribuzione e distribuzione dei compiti e delle relative attività.

#### **6.1.3. REFERENTI INTERNI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

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

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

In particolare il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con nota prot. n. 18498 del 09/11/2017 avete ad oggetto: *"Nomina dei referenti interni per la corruzione"*, ha chiesto a tutti i Dipartimenti "sanitari" e alla Area Amministrativa e di Staff alla Direzione, la nomina di un referente per le attività e le problematiche dell'anticorruzione e alla trasparenza, che dovrà svolgere la funzione di essere, per ogni Direttore, Dirigente, o Responsabile della singola struttura organizzativa, l'interlocutore interno e di raccordo tra il Responsabile della Trasparenza, della Prevenzione e la Direzione Strategica e non dovrà sostituirsi ai compiti che ricadono per legge sempre e comunque nel Direttore e Dirigente e Responsabili della singola struttura organizzativa.

Con delibera n. 57 del 23.01.2018 avente ad oggetto: *"Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina del referenti interni per la prevenzione della corruzione"*, è stata ufficializzata la nomina dei referenti interni e il loro specifici compiti

#### **6.1.4. DIRETTORE E/O DIRIGENTI RESPONSABILI DI UNITÀ OPERATIVE**

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

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

#### **6.1.5. UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI U.P.D.**

L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis, comma 4° del D.lgs n. 165/2001, costituito quale Ufficio autonomo. L'istituto con deliberazione n. 660 del 30.11.2016 avente ad oggetto: *"Ricostituzione dell'Ufficio per Procedimenti Disciplinari UPD"*, ha provveduto alla ricostruzione dell'U.P.D. che risulta così composto:

- Presidente Dirigente Responsabile Affari Generali, Struttura Burocratico Legale;
- Componente Dirigente Responsabile Area Gestione Risorse Umane;
- Componente Direttore SC Statistica ed Epidemiologia;
- Le funzioni di segretario sono affidate al collaboratore amministrativo in forza presso la struttura A Affari Generali, Struttura Burocratico Legale.

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.

#### **6.1.6. TUTTI I DIPENDENTI DELL'ISTITUTO**

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'amministrazione 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.

#### **6.1.7. I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'ISTITUTO**

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.

#### **6.1.8. OBBLIGHI DI INFORMAZIONE**

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

I dipendenti che svolgono attività potenzialmente a rischio corruzione segnalano al Dirigente sovraordinato qualsiasi anomalia accertata indicando, se a loro conoscenza, le motivazioni della stessa.

L'Istituto Tumori "*Giovanni Paolo II*" – I.R.C.C.S. di Bari è comunque tenuto a dare applicazione alle disposizioni dell'art. 54 bis del D.lgs 165/2001 in materia di riservatezza della segnalazione degli illeciti (si rinvia al paragrafo 6.11).

Il Responsabile della Prevenzione e i Direttori/Dirigenti/Responsabili delle Area/Strutture/Uffici possono tenere conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori di interessi esterni all'Istituto, purchè non anonime e sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino il rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi.

Con riferimento alle attività di sperimentazione il Dipendente è tenuto a fornire una dettagliata informativa circa le situazioni di attuale e/o potenziale conflitto di interesse con riferimento all'attività di sperimentazione così come richiesto dal Regolamento in vigore nell'Istituto.

## 6.2. STRUMENTI DI CONTROLLO E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### 6.2.1. VERIFICA SULLA INSUSSISTENZA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI DI CUI AL D.LGS N. 39 DEL 2013

Procedura	Verifica delle case di insussistenza di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.lgs n. 39/2013
Misura 1°	Utilizzo della modulistica predisposta
Tempi di attuazione	Già adottata
Indicatore	Controlli a campione
Responsabile	R.P.C.T e Responsabile Area Gestione Risorse Umane

Il Responsabile delle 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 del 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'IRCCS. Il Responsabile delle 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'ente 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.

L'Istituto si impegna ad effettuare un adeguamento puntuale della modulistica predisposta per il conferimento degli incarichi istituzionali ed extraistituzionali.

### 6.2.2. INCARICHI ED ATTIVITÀ EXTRA ISTITUZIONALI DEI PUBBLICI DIPENDENTI

Processo	Incarichi ed attività extra istituzionali
Misura	Utilizzo di una modulistica
Tempi di attuazione	Già adottata
Indicatore	Controlli a campione sulle richieste autorizzate
Responsabile	.P.C.T, Referenti interni e Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, 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.

### 6.2.3. OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO D'INTERESSE

Processo	Gestione del conflitto d'interesse
Misura	Adozione modulistica specifica
Tempi di attuazione	Già adottata
Indicatore	% delle verifiche effettuate in base alle segnalazioni ricevute
Responsabile	R.P.C.T, Referenti interni e Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato: "Conflitto d'interesse", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia esse endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati. A tal fine:

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale e del Codice di Comportamento Aziendale (Deliberazione n. 62/2014), 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 se 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 profilo 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 sia con riferimento alle Sperimentazione, sia con riferimento ai membri del Comitato Etico.

#### **6.2.4. ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO**

<b>Processo</b>	<b>Attività lavorativa successiva alla cessazione del rapporto</b>
<b>Misura</b>	Aggiornamento schemi dei contratti di assunzione del personale
<b>Tempi di attuazione</b>	Già adottata
<b>Indicatore</b>	Verifica dell'inserimento della clausola sui contratti
<b>Responsabile</b>	R.P.C.T e Responsabile del Area Gestione Risorse Umane

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del D.lgs n. 165/2001 introdotto ex art. 1, comma 42 della Legge 190/2012, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari aggiorna gli schemi tipo dei contratti di assunzione del personale (del comparto e della dirigenza), mediante l'inserimento della clausola recante il divieto di prestare attività lavorativa, sia a titolo di lavoro subordinato sia a titolo di lavoro autonomo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, nei confronti dei soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari, procede inoltre all'inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, a pena nullità, della 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 autorizzativi o negoziali per conto dell'Istituto nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.

#### **6.2.5. DISPOSIZIONE IN MERITO ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE**

<b>Processo</b>	<b>Rotazione del Personale</b>
<b>Misura</b>	Rotazione del personale e/o segregazione delle funzioni
<b>Tempi di attuazione</b>	Valutazione nel corso dell'anno
<b>Indicatore</b>	Numero di spostamenti per anno
<b>Responsabile</b>	R.P.C.T e Direzione Strategica

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.

Nel corso del 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:

- la rotazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, come è stato evidenziato nel paragrafo 6.1.2;
- 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 è stata istituita la Posizione Organizzativa Appalti e Contratti.

Anche nel corso del 2018 l'Istituto effettuerà una mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

#### **6.2.6. CODICE DI COMPORTAMENTO**

<b>Processo</b>	<b>Codice di Comportamento</b>
<b>Misura</b>	Aggiornamento Codice di Comportamento e sua diffusione
<b>Tempi di attuazione</b>	Aggiornamento entro il 31/12/2018
<b>Indicatore</b>	Adozione dell'atto e diffusione tra il personale
<b>Responsabile</b>	R.P.C.T e Referenti interni

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, statutale ed aziendale, si applicano ai tutti i dipendenti dell'Istituto e prevedono 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'amministrazione.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento, nonché va 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 prevede di predisporre l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale e la continuare l'attività di diffusione dello stesso tra tutto il personale dipendente e non dell'Istituto, in applicazione a quando previsto dalla normativa vigente.

#### 6.2.7. WHISTLEBLOWING

Processo	Whistleblowing
Misura	Implementazione della procedura informatizzata e diffusione tra il personale
Tempi di attuazione	Attuata
Indicatore	Segnalazioni ricevute dai dipendenti
Responsabile	R.P.C.T

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.A.C. 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.

La misura predisposta dell'Istituto consiste nel aver predisposto nel corso del 2017 una procedura informatizzata, accessibile dal sito istituzionale, che consente la compilazione di un modello specifico predisposto, che viene i attraverso la quale è possibile effettuare due tipologie di denunce:

- denuncia on line cliccando sul pulsante "modulo on line";
- denuncia compilata scaricando il modulo pdf, cliccando sul pulsante "modulo pdf" e poi imbucandola nella apposita cassetta postale posta al terzo piano della palazzina Uffici di questo Istituto.

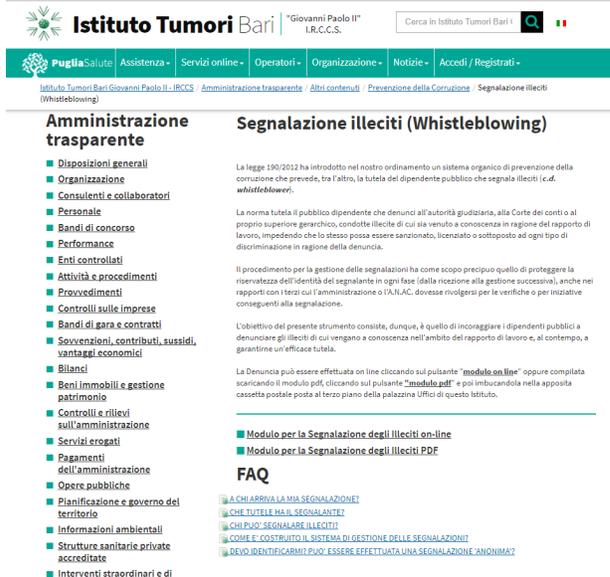
Tale misura è stata resa pubblica attraverso una circolare interna inviata via email a tutti i dipendenti dell'Istituto.

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 segnalano illeciti.

La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino.

In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

- **Reintegrazione nel posto di lavoro.** La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere, di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.
- **Sanzioni per gli atti discriminatori.** L'Anac, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. Inoltre, l'Anac applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.
- **Segretezza dell'identità del denunciante.** Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. L'Anac, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.
- **Blocco della tutela.** Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.



The screenshot shows the website of Istituto Tumori Bari. The top navigation bar includes links for 'PugliaSalute', 'Assistenza', 'Servizi online', 'Operatori', 'Organizzazione', 'Notizie', and 'Accedi / Registrati'. Below this, there are links for 'Amministrazione trasparente' and 'Segnalazione illeciti (Whistleblowing)'. The main content area is divided into two columns. The left column, titled 'Amministrazione trasparente', lists various categories such as 'Disposizioni generali', 'Organizzazione', 'Personale', 'Bandi di concorso', 'Performance', 'Enti controllati', 'Attività e procedimenti', 'Provvedimenti', 'Controlli sulle imprese', 'Bandi di gara e contratti', 'Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici', 'Bilanci', 'Beni immobili e gestione patrimonio', 'Controlli e rilievi sull'amministrazione', 'Servizi erogati', 'Pagamenti dell'amministrazione', 'Opere pubbliche', 'Pianificazione e governo del territorio', 'Informazioni ambientali', 'Strutture sanitarie private accreditate', and 'Interventi straordinari e di'. The right column, titled 'Segnalazione illeciti (Whistleblowing)', contains text explaining the law (Legge 190/2012) and the purpose of the reporting system. It also includes a section for 'FAQ' with links to 'A CHI ARRIVA LA MIA SEGNALAZIONE?', 'CHE TUTELA HA IL SEGNALANTE?', 'CHI PUO' SEGNALARE ILLECITI?', 'COME E' COSTRUITO IL SISTEMA DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI?', and 'DEVO IDENTIFICARMI? PUO' ESSERE EFFETTUATA UNA SEGNALAZIONE ANONIMA?'. At the bottom of the right column, there are two buttons: 'Modulo per la Segnalazione degli Illeciti on-line' and 'Modulo per la Segnalazione degli Illeciti PDF'.

- **Estensione della nuova disciplina al settore privato.** Le nuove disposizioni valgono non solo per tutte le amministrazioni pubbliche, inclusi gli enti pubblici economici e quelli di diritto privato sotto controllo pubblico, ma si rivolgono anche a chi lavora in imprese che forniscono beni e servizi alla Pa.
- **Giusta causa di rivelazione del segreto d'ufficio.** L'articolo 3 del provvedimento introduce, in relazione alle ipotesi di segnalazione o denuncia effettuate nel settore pubblico o privato, come giusta causa di rivelazione del segreto d'ufficio, professionale, scientifico e industriale, nonché di violazione dell'obbligo di fedeltà all'imprenditore, il perseguimento, da parte del dipendente che segnali illeciti, dell'interesse all'integrità delle amministrazioni alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni.

Pertanto nel corso del 2018 sarà avviata l'attività di formazione e informazione rivolta al personale dipendente e non dell'Istituto al fine di dare massima evidenza e diffusione alla norma, nonché verranno predisposte tutte le procedure previste dall'Anac nelle linee guida in corso di predisposizione.

### 6.2.8. FORMAZIONE DEL PERSONALE – PIANO DELLA FORMAZIONE

<b>Processo</b>	<b>Formazione del personale</b>	<b>Processo</b>	<b>Formazione del personale</b>
<b>Misura 1°</b>	Attività formative specifiche nel settore	<b>Misura 2°</b>	Aggiornamento Regolamento formazione
<b>Tempi di attuazione</b>	Entro giugno 2018 avvio delle attività formative	<b>Tempi di attuazione</b>	Entro il 31/12/2018
<b>Indicatore</b>	Verifica dei registro dei partecipanti.	<b>Indicatore</b>	Adozione del regolamento
<b>Responsabile</b>	R.P.C.T e Responsabile dalla Formazione	<b>Responsabile</b>	Responsabile SSD Clinica Risk Management e Formazione

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 compromette 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 e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. Particolare attenzione sarà dedicata alle tecniche di gestione del rischio.

In particolare il Responsabile per la Prevenzione e della Trasparenza ha inviato alla Direzione strategica e al Responsabile della Formazione con nota prot 1151 del 22/01/2018 avente ad oggetto: *"Bozza Piano Formativo Anticorruzione e Trasparenza 2018-2020"*, al fine della condivisione ed integrazione delle attività formative obbligatorie da erogare nei confronti del personale dell'Istituto.

## 6.2.9. IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LE STAZIONI APPALTANTI (RASA)

Processo	Responsabile RASA
Misura	Nomina RASA
Tempi di attuazione	Attuata
Indicatore	Delibera di nomina
Responsabile	R.P.C.T e Direzione Strategica

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 il dott. Raffaele Quarato, 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.

## 6.2.10. ATTIVITÀ DI SPONSORIZZAZIONI

Processo	Attività di sponsorizzazioni
Misura	Adozione del Regolamento
Tempi di attuazione	Da adottare entro il 30 giugno 2018
Indicatore	Verifica del numero di attestazioni di conflitto di interesse/numero degli sponsor
Responsabile	R.P.C.T e Direzione Strategica

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.

Pertanto è previsto, per l'anno 2018, l'adozione di un apposito regolamento interno che possa disciplinare le attività di sponsorizzazione e garantire una gestione nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e trasparenza.

## 6.2.11. ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT

Procedura	Attività di sperimentazione Clinica Profit e non Profit
Misura 1°	Aggiornamento del Regolamento interno
Tempi di attuazione	Da adottare entro il 31 dicembre 2018
Indicatore	Adozione del regolamento e verifica della sua applicazione
Responsabile	R.P.C.T e Direzione Scientifica

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, l'Istituto è dotato di un apposito regolamento in materia di sperimentazioni, 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 2018 si prevede di potenziare.

Inoltre è opportuno evidenziare che l'Istituto ha anche regolamentato l'attività del Comitato Etico.

#### **6.2.12. ATTIVITÀ CONSEGUENTE AL DECESSO DEI PAZIENTI**

<b>Procedura</b>	<b>Gestione delle attività conseguenti al decesso dei pazienti</b>
<b>Misura</b>	Misure di trasparenza degli elenchi delle ditte operanti nel settore
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 30 giugno 2018
<b>Indicatore</b>	Verifica del registro Ditte
<b>Responsabile</b>	R.P.C.T e Direzione Sanitaria

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale.

L'Istituto consapevole di tale rischio intende ampliare le misure di trasparenza già adottate, che prevedono la pubblicazione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che svolgono tale attività finalizzata ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte.

#### **6.2.13. GESTIONE DELLE DONAZIONI E COMODATI D'USO**

<b>Procedura</b>	<b>Gestione delle donazione e comodati d'uso</b>
<b>Misura</b>	Adozione di un regolamento interno
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	% delle donazioni ricevute
<b>Responsabile</b>	RPTC e Direzione Generale

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 nella sul sito dell'Istituto;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazione, anch'esso pubblicato sul sito dell'Istituto
- Predisposizione nel corso del 2018 di un regolamento specifico che regolamenti la gestione delle donazioni.

#### 6.2.14. GESTIONE ATTIVITÀ ALPI E LISTE DI ATTESA

<b>Procedura</b>	<b>Attività libero professionale intramuraria</b>
<b>Misura 1°</b>	Predisposizione di una procedura che permetta il confronto tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	Verifica dei report % attività ALPI rispetto a quella Istituzionale
<b>Responsabile</b>	SC Controllo di Gestione e Qualità

<b>Procedura</b>	<b>Attività libero professionale intramuraria</b>
<b>Misura 2°</b>	Implementazione di una procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 Dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	Verifica dei Report con numero dei soggetti che hanno accesso "privilegiato"
<b>Responsabile</b>	SC Controllo di Gestione e Qualità

<b>Procedura</b>	<b>Gestione delle liste di attesa (CUP)</b>
<b>Misura 3°</b>	Implementazione di una procedura che consenta la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo aggiornamento
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 Dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	Pubblicazione dei report sul sito dell'Istituto
<b>Responsabile</b>	SC Controllo di Gestione e Qualità

<b>Procedura</b>	<b>Gestione delle liste di attesa (CUP)</b>
<b>Misura 4°</b>	Implementazione di una procedura che consenta il controllo dell'attività effettivamente svolta e quella prenotata.
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 Dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	Report con numero dei soggetti che hanno accesso "privilegiato"
<b>Responsabile</b>	SC Controllo di Gestione e Qualità

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione specifico del settore sanitario. L'Istituto consapevole di tale rischio e nell'ottica di non limitare il diritto di libera scelta del paziente adottato uno specifico regolamento per lo svolgimento dell'attività A.L.P.I.

Inoltre nel corso del 2018, sono previste l'adozione di apposite misure di riduzione dei rischi relativi a suddetta procedura al fine di consentire la massima trasparenza nella gestione di tale processi.

#### 6.2.15. GESTIONE ALIENAZIONE DEI BENI IMMOBILI

<b>Procedura</b>	<b>Alienazione dei Beni Immobili</b>
<b>Misura</b>	Adozione di un regolamento interno
<b>Tempi di attuazione</b>	Da adottare entro il 31 dicembre 2018
<b>Indicatore</b>	% delle procedure di dismissione e/o alienazione
<b>Responsabile</b>	Responsabile SSD Appalti e Contratti

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

L'Istituto, pertanto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal D.lgs 33/2013 relativi alla pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili, prevede l'adozione un apposito regolamento, da adottare entro il 31.12.2018, 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 nel corso del mese di gennaio 2018 sono iniziate le attività di rilevazione fisica dei beni presenti nell'Istituto e loro inventariazione le cui attività si prevedono di terminare entro il 31.12.2018 con effettiva implementazione della gestione informatizzata dei libro cespiti.

#### **6.2.16. REGOLAMENTAZIONE INTERNA**

L'Istituto al fine di ridurre il rischio complessivo di corruzione ha da sempre adottato un sistema di prevenzione integrato con un intenso sistema di regolamentazione interna.

I regolamenti predisposti, sono tutti adottati con Delibera del Direttore Generale, pubblicati sul sito dell'Istituto e viene data informativa a tutti i dipendenti con appositi avvisi.

#### **6.3. PROCEDURE DI CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO**

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 dei bilanci delle 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 giunto 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) per gli anni 2014-2015-2016, permettendo all'Istituto di essere la prima azienda del servizio sanitario regionale ad aver ottenuto la certificazione dei propri bilanci.

E' opportuno evidenziare inoltre che per l'anno 2017 sono in corso le attività da parte della BDO Italia spa finalizzate alla certificazione del Bilancio d'esercizio 2017.

Sempre tra le attività previste 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 – BARI", con il quale sono stati customizzati tutti i processi amministrativi con la collaborazione di tutti i dirigenti delle Aree gestionali Aziendali.

#### **6.4. ATTIVITA' LEGATE AL BENESSERE ORGANIZZATIVO**

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

#### **6.5. ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E CONTROLLO**

Tra gli strumenti di controllo e prevenzione del rischio corruttivo si evidenzia la necessità di procedere ad un rafforzamento dell'attività di monitoraggio e controlli a campione senza preavviso sul possesso di requisiti per accedere a procedimenti autorizzativi, sia nella fase pre-autorizzatoria, sia nella successiva fase autorizzatoria.

Sulla base di quanto rilevato si ritiene di strutturare un piano di controlli che dettagli le modalità di conduzione di controlli, sia con riferimento alla periodicità, almeno annuale, sia con riferimento al personale da "utilizzare" in tale attività.

In tale ottica si prevede incremento del personale da assegnare all'attività di controllo interno, nonché di supporto all'attività del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, avvalendosi anche dei referenti interni.

#### **6.6. COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE**

L'Istituto "Tumori Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari 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.

Per rendere chiara l'integrazione degli strumenti programmatori e garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, nel Piano della performance sarà esplicitamente previsto il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del presente Piano.

Ogni dirigente riceverà fra gli obiettivi anche quelli annuali relativi al presente piano condivisi con la Direzione Strategica

#### **6.7. PIANO DI COMUNICAZIONE**

Uno degli strumenti essenziali nel percorso della prevenzione della corruzione e della illegalità è l'aspetto della comunicazione del rischio e delle misure di prevenzione delle diverse attività nei confronti degli operatori interni, dei collaboratori dell'azienda, dei cittadini e dei diversi stakeholder aziendali.

A questo riguardo si elencano gli strumenti sviluppati e attualmente utilizzate per consentire la diffusione:

- ✓ Sito dell'Istituto settore News e Comunicazioni: <https://www.sanita.puglia.it/web/ircs>
- ✓ Parte del sito dedicata alla Trasparenza: <https://www.sanita.puglia.it/web/ircs/amministrazione-trasparente>
- ✓ Nuovi strumenti comunicativi su temi specifici quali ad esempio il codice di comportamento che consentano la diffusione immediata tra tutti i soggetti interessati e la facilità.

---

## SEZIONE TERZA

### 7. OBBLIGHI DI TRASPARENZA – PIANO DELLA TRASPARENZA

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

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

Le tabelle allegate individuano gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 76/2016, applicabili all'Istituto e i soggetti competenti alla pubblicazione.

L'Istituto ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati.

L'Istituto da attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo. L'Istituto inoltre, consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto 33/2013 e s.m.i.. 4. In ossequio alla vigente normativa, gli obblighi di trasparenza costituiscono una sezione del Presente Piano che viene pubblicato sul sito istituzionale dell'IRCCS nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione altri contenuti/corruzione.

#### 7.1. ACCESSO CIVICO

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal D.lgs. n. 33/ 2013 e s.m.i sono obbligatorie. Nei casi in cui l'Istituto abbia omissa 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.

#### 7.2. ACCESSO GENERALIZZATO

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:

---

- a) segreto di Stato;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilita' finanziaria ed economica dello Stato; f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- f) il regolare svolgimento di attivita' 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:

- a) protezione dei dati personali;
- b) libertà e segretezza della corrispondenza;
- c) 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'IRCCS ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

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

Nel corso del 2017 l'Istituto con delibera n. 745 del 23.11.2017 avente ad oggetto: "Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico", ha adottato un apposito regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

## 8. DISPOSIZIONI FINALI

### 8.1. REPORT ANNUALE SULLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Entro il 15 dicembre di ogni anno, ovvero entro il 31 gennaio 2018 così come comunicato da I Presidente ANAC con nota del 6 dicembre 2017, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, da pubblicare esclusivamente nella sezione 'Amministrazione trasparente' sottosezione 'Altri contenuti-Corruzione' dei siti istituzionali di ogni ente.", secondo la Scheda Relazione RPCT 2017 predisposta dall'ANAC.

### 8.2. CRONOPROGRAMMA E AZIONI CONSEGUENTI ALL'ADOZIONE DEL PIANO

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

Attività da svolgere	U.O. Responsabile del Processo	Tempi di attuazione
Proposta di aggiornamento e relativa adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il periodo 2018-2020	RPCT - Direzione Generale	Entro il 31.01.2018
Attività di comunicazione del Aggiornamento del presente Piano	RPCT, Referenti interni, Dirigenti e Responsabili di Area	Contestuale all'entrata in vigore del presente Piano
Aggiornamento Codice di Comportamento e sua diffusione	RPCT, Referenti interni	Entro il 31.12.2018
Avvio attività formativa specifica del settore dell'anticorruzione e della trasparenza	RPCT e Responsabile SSD Clinica Risk Management e Formazione	Entro il 30.06.2018
Implementazione della procedura informatizzata per la mappature dei processi e la gestione del loro rischio	RPCT - Direzione Generale	Entro il 31.12.2018
Implementazioni di procedure rivolta alla riduzione del rischio relativi alla gestione Alpi e Liste di attesa	SC UOSE Controllo di Gestione e Qualità	Entro il 31.12.2018
Adozione del regolamento relativo all'attività di sponsorizzazioni	RPCT, Referenti interni	Entro il 31.12.2018
Nomina del RASA	RPCT - Direzione Generale	Prima dell'adozione del presente Piano

Per il dettaglio delle misure previste nel presente Piano si rinvia all'Allegato 1.

### 8.3. ADEGUAMENTO DEL PIANO E CLAUSOLA DI RINVIO

Il presente Piano potrà subire modifiche e/o Il presente Piano potrà subire modifiche ed integrazioni per esigenze di adeguamento alle eventuali future indicazioni provenienti da fonti nazionali o regionali competenti in materia.

In ogni caso il Piano è aggiornato con cadenza annuale ed ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti dell'organizzazione o dell'attività dell'IRCCS. Gli aggiornamenti annuali e le eventuali modifiche in corso di vigenza sono proposte dal Responsabile della prevenzione della corruzione ed approvate con provvedimento del Direttore Generale.

Degli aggiornamenti e delle eventuali modifiche in corso di vigenza sarà data adeguata evidenza mediante pubblicazione della versione modificata del documento sul sito istituzionale dell'IRCCS nella sezione "Amministrazione trasparente" nonché mediante segnalazione via e-mail personale a ciascun dipendente.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato nel presente Piano si applicano le disposizioni vigenti in materia ed, in particolare, la legge n. 190 del 2012, il d.lgs. n. 33 del 2013 e il d.lgs. n. 39 del 2013 e ss.mm.ii..

#### 8.4. ENTRATA IN VIGORE

L'aggiornamento del presente Piano ha effetti a decorrere dal 31 gennaio 2018.



Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della  
Corruzione e Trasparenza  
Legge n. 190/2012  
Anno 2018 -2020

**Allegato 1**

***Mappatura dei processi e misure di prevenzione***

Macro Area a Rischio Corruzione		A. Gestione del Personale/Incarichi a soggetti esterni/Incarichi dirigenziali e nomine			
<b>Fattori a rischio corruzione</b>		Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti; Esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa Riconoscimento di benefici economici Effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori Esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte dei singoli dipendenti Svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
A.1	Acquisizione del personale (accesso dall'esterno e progressioni interne)	Alto	SC Area Gestione Risorse Umane	Già adottate	Verifica sulla composizione delle commissioni (assenza di incompatibilità, condanne penali, etc..)
A.2	Conferimento incarichi dirigenziali	Alto	SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali	Già adottate	Verifica sui requisiti posseduti dai candidati
A.3	Elaborazione cedolini stipendiali	Medio	SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Già adottate	Emanazione linee di indirizzo per l'espertamento delle procedure comparative e sulla disciplina del conflitto d'interesse dei collaboratori esterni
A.4	Liquidazioni rimborsi spese missioni	Medio	SSD Clinica Risk Management e Formazione	Già adottate	Redazione regolamenti per contratti di ricerca
A.5	Conferimento incarichi a personale esterno (consulenze/convenzioni)	Altro	SC Area Tecnica e Servizi Informatici	Già adottate	Pubblicazione degli atti relativi alla gestione delle risorse umane nel rispetto della normativa vigente.
A.6	Gestione di istituti/benefici contrattuali (P.O., 150 ore L.104/92)	Medio	Direzione Generale	Già adottate	Rendicontazioni periodiche sulle spese di personale
A.7	Rilascio autorizzazioni per incarichi esterni (attività extraistituzionali)	Alto	Direzione Amministrativa	Già adottate	Adozione di un regolamento per l'autorizzazione agli incarichi esterni dei dipendenti
A.8	Esercizio del potere disciplinare	Medio	Direzione Sanitaria	Già adottate	Definizione del valore di regalie o altre utilità accettabili dal dipendente
A.9	Gestione cartellini orari e verifica presenze assenze dei dipendenti	Medio	Direzione Scientifica	Già adottate	Comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica sugli incarichi autorizzati ai dipendenti
A.10	Concessione di sussidi, benefici, compensi accessori, permessi, congedi	Medio	Tutti i dirigenti responsabili	Già adottate	Pubblicazione codici disciplinari
A.11	Procedure di formazione del personale	Medio		Già adottate	Adozione di Linee Guida in materia di esercizio del potere disciplinare
A.12	Nomina avvocati di parte per l'Istituto	Alto		Già adottate	Adozione di circolari in materia di orario di lavoro e gestione dei cartellini
A.13	Bandi di concorso	Alto		Già adottate	Monitoraggio termini procedimentali
A.14	Nomina di commissioni esaminatrici	Medio		Già adottate	Redazione ed applicazione di un regolamento sul potere disciplinare
A.15	Nomina segretari di concorso	Medio		Già adottate	Regolamento per il Funzionamento del Comitato Etico
A.16	Prestazioni occasionali di formazione e docenza all'esterno	Medio		Già adottate	Regolamento per le attività di Sperimentazione Profit e non profit
				Già adottate	Monitoraggio trimestrale del costo del personale
				Già adottate	Controllo mensile degli importi dei compensi percepiti dal personale dipendente e non dipendente
				Già adottate	Adozione di una modulista specifica per la gestione del conflitto d'interessi
				Già adottate	Adozione di una modulista specifica per la verifica delle cause di insussistenza, inconfiribilità e incompatibilità
				Entro il 31.12.2018	Aggiornamento del Codice di comportamento
				Entro il 31.12.2018	Aggiornamento del Regolamento per la Formazione
				Entro il 30.06.2018	Avvio delle attività di formazione specifiche del settore anticorruzione e trasparenza

Macro Area a Rischio Corruzione		B. Stipula e gestione dei contratti con fornitori (Forniture, servizi e lavori pubblici); contatti pubblici /Farmaceutica e dispositivi			
Fattori a rischio corruzione		Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti; Esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa Riconoscimento di benefici economici Effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori Esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte dei singoli dipendenti Svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
B.1	Predisposizione atti di gara (specifiche tecniche e criteri premianti per la scelta del contraente)	Alto	SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Già adottate	Utilizzo del mercato elettronico per ampliare le indagini di mercato e favorire la concorrenza (il mercato elettronico è utilizzato sistematicamente come strumento per la
B.2	Attività valutativa delle Commissioni	Alto	SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Già adottate	Ampliamento del ricorso al confronto concorrenziale anche nelle ipotesi in cui la legge consente l'affidamento diretto
B.3	Affidamenti diretti sulla base di valutazioni di esclusività	Alto	SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali	Già adottate	Adesioni alle unioni temporanee di acquisto farmaci regionali (l'unione di acquisto di farmaci riguarda il 40% del fatturato complessivo)
B.4	Vigilanza sull'esecuzione dei contratti (collaudi, rilevazioni indampimenti)	Alto	Direzione Generale	Già adottate	Verifica sulla composizione delle commissioni giudicatrici predisposizione di un modello di autocertificazione dell'assenza di conflitti d'interesse
B.5	Autorizzazione al pagamento e liquidazione delle fatture	Medio	Direzione Amministrativa	Già adottate	Applicazione di principi di rotazione nella composizione delle commissioni giudicatrici
B.6	Gestione delle casse economali	Medio	Direzione Sanitaria	Già adottate	Rafforzamento della pubblicità in sede di apertura delle offerte
B.7	Gestione scadenze contratti al fine di ridurre/eliminare i rischi di proroghe	Alto	Direzione Scientifica	Già adottate	Pubblicazione degli atti relativi alla gestione dei contratti nel rispetto della normativa vigente (trasparenza)
B.8	Scelte e approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuali/acquisto e movimentazione farmaci	Alto	SC Area Tecnica e Servizi Informatici	Già adottate	Richiesta di nulla osta al pagamento delle fatture da parte del dirigente competente o RUP delegato
				Già adottate	Effettuazione di controlli obbligatori propedeutici al pagamento delle fatture
				Già adottate	Acquisizione dell'attestazione di regolarità delle forniture e dei verbali di verifica di conformità (viene sistematicamente operato il collaudo delle forniture di attrezzature
				Già adottate	Acquisizione dell'attestazione di regolarità delle forniture e dei verbali di verifica di conformità (viene sistematicamente operato il collaudo delle forniture di attrezzature
				Già adottate	Regolamento di gestione delle casse economali
				Già adottate	Monitoraggio termini procedurali
				Già adottate	Adozione del regolamento sulla fungibilità e infungibilità dei beni e servizi
				Già adottate	Implementazione della procedura di fatturazione elettronica
				Già adottate	Adozione del Manuale delle Procedure amministrativo contabili
				Già adottate	Certificazione dei dati del Bilancio da parte dei Revisori dei Conti

Macro Area a Rischio Corruzione		C. Gestione dei rapporti con l'utenza/attività di assistenza/erogazione di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali libera professione/ attività a pagamento/Liste di attesa/Farmaceutica e dispositivi			
Fattori a rischio corruzione		Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti; Esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa Riconoscimento di benefici economici Effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori Esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte dei singoli dipendenti Svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
C.1	Applicazione dei Tariffari	Medio	SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Già adottate	Adozione di regolamenti interni
C.2	Verifica esenzioni	Medio	Direzione Sanitaria	Già adottate	Verifiche preventive propedeutiche al rilascio della autorizzazioni
C.3	Gestione delle liste di attesa (CUP)	Alto	Unità Operative cliniche	Già adottate	Monitoraggio Appropriately organizzativa
C.4	Attività libero professionale intramuraria	Alto	SC UOSE Controllo di Gestione e Qualità	Già adottate	Verifiche di incompatibilità del personale della dirigenza medica e sanitaria in ALPI
C.5	Accesso ed erogazione delle attività di assistenza specialistica in regime di ricovero e ambulatoriale	Alto	Comitato Etico	Già adottate	Verifica periodica delle prestazioni erogate
C.6	Percorsi per il rilascio autorizzazioni	Alto	Direttore Amministrativo	Già adottate	Valutazione interdisciplinare tra Farmacia, Direzione medica e Comitato etico
C.7	Sperimentazione farmaci	Alto	SC Area Tecnica e Servizi Informatici	Già adottate	Informatizzazione liste d'attesa con periodica pulizia delle liste
C.8	Attività di prenotazione e maneggio denaro	Medio	Direttore Generale	Già adottate	Monitoraggio delle Liste di Attesa
C.9	Controllo dei farmaci off-label	Medio	SC Farmacia e Umaca	Già adottate	Verifica circa le condizioni oggettive di urgenza dei pazienti in lista di attesa
C.10	Prestazioni assistenziali occasionali	Medio	Direzione Sanitaria	Già adottate	Tracciabilità liste di attesa
C.11	Assistenza ai degenti nei Reparti (badanti)	Medio	Direzione Scientifica	Già adottate	Verifica fra accessi in ALPI e pazienti urgenti in lista di attesa/deroghe
C.12	Gestione delle camere mortuarie	Medio	SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Già adottate	Controllo centralizzato con apposite procedure da parte della Farmacia sull'uso improprio di farmaci, sulla gestione delle scorte di reparto, furti
C.13	Uso improprio di farmaci (furti, gestione scorte di reparto, prescrizioni inappropriate fuori prontuario)	Medio		Già adottate	Controllo centralizzato da parte dell'UMACA sulla gestione in dose unitaria degli antiblastici
C.14	Gestione delle scorte	Alto		Già adottate	Controllo sulla gestione delle camere mortuarie attraverso un registro di accesso un registro di accesso pompe funebri, vestizione ( a cura della Direzione Medica di Presidio
C.15	Acquisto dei dispositivi medici	Alto		Già adottate	Redazione Linee guida per il corretto uso dell'albumina
				Già adottate	Definizione della procedura per il corretto utilizzo dei farmaci con uso off-label e riduzione del ricorso all'uso dei farmaci classificati in classe CCN
				Già adottate	Controllo sulle cartelle cliniche delle motivazioni delle deroghe ai ricoveri chirurgici e medici
				Già adottate	Implementazione della richieste informatizzate di farmaci di reparto
				Già adottate	Monitoraggio semestrale delle giacenza di farmaci di reparto
				Già adottate	Monitoraggio semestrale delle giacenza di magazzino di prodotti economici
				Già adottate	Per l'acquisto in esclusiva dei dispositivi medici è prevista una procedura in cui si chiede la motivazione clinica/organizzativa della richiesta, con l'attestazione da parte dei Direttori

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>		<b>C. Gestione dei rapporti con l'utenza/attività di assistenza/erogazione di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali libera professione/ attività a pagamento/Liste di attesa/Farmaceutica e dispositivi</b>			
<b>Fattori a rischio corruzione</b>		Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti; Esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa Riconoscimento di benefici economici Effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori Esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte dei singoli dipendenti Svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.			
<b>N. Processo</b>	<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	<b>Valutazione del grado di rischio</b>	<b>Strutture dell'IRCCS coinvolte</b>	<b>Tempi di Attuazione</b>	<b>Misure di prevenzione</b>
				Già adottate	Adozione del Manuale delle procedure amministrativo contabili
				Entro il 31.12.2018	Predisposizione di una procedura che permetta il confronto tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale
				Entro il 31.12.2018	Implementazione di una procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa
				Entro il 31.12.2018	Implementazione di una procedura che consenta il controllo dell'attività effettivamente svolta e quella prenotata
				Entro il 31.12.2018	Implementazione di una procedura che consenta la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo aggiornamento

Macro Area a Rischio Corruzione		D. Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio			
Fattori a rischio corruzione		Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti; Esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa Riconoscimento di benefici economici Effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori Esercizio di attività contraddistinta da elevato margine di autonomia operativa da parte dei singoli dipendenti Svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
D.1	Applicazione dei Tariffari	Alto	SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Già adottate	Adozione di Linee Guida sull'adozione delle tariffe e del listino prezzi
D.2	Recupero crediti	Medio	SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Già adottate	Stipulazione di convenzioni per l'esecuzione di attività a pagamento con clausola di segnalazione all'Autorità competenze in caso di superamento dei limiti
D.3	Ritardo nell'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Medio	Direttore Amministrativo	Già adottate	Certificazione dei dati del Bilancio da parte dei Revisori dei Conti
D.4	Liquidazione fatture in assenza di verifica delle prestazioni/attività effettivamente rese, sovrapprestazioni o fatturate prestazioni non svolte	Alto	SC Area Tecnica e Servizi Informatici	Già adottate	Adozione del Manuale delle Procedure amministrativo contabili
D.5	Consentire pagamenti senza rispettare la cronologia nella presenza delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di	Medio	Direttore Generale	Entro il 31.12.2018	Completamento delle procedure di inventariazione fisica dei cespiti
D.6	Gestione del patrimonio immobiliare (locazioni, alienazione, acquisizioni e manutenzione, inventariato, gestione e dismissioni di	Alto	Direzione Scientifica	Entro il 31.12.2018	Implementazione della procedura informatizzata di gestione dei cestipi
			Direzione Sanitaria	Entro il 31.12.2018	Adozione di un regolamento interno per la alienazione e dismissione dei beni immobili

Macro Area a Rischio Corruzione		E. Attività di Ricerca/sperimentazione e sponsorizzazione			
Fattori a rischio corruzione		Alterazione dei risultati della ricerca attraverso manipolazione della conduzione degli studi clinici Manipolazione dei dati a scopo di lucro e per interessi personali Manipolazione di fondi pubblici e privati			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
E.1	Conflitto di interesse fra sperimentatori e sponsor	Alto	Direzione Scientifica	Già adottate	Istituzione del Centro di Coordinamento degli Studi Clinici Controllati
E.2	Finanziamenti dei progetti di ricerca	Alto	Tutti i dirigenti responsabili settore sanitario e i responsabili di progetto	Già adottate	Supporto alla ricerca indipendente attraverso fondi aziendali e regionali
E.3	Studi clinici profit e non profit	Alto	Comitato Etico	Già adottate	Redazione di un Regolamento per le Sperimentazioni Profit e no Profit
			SC Area Gestione Risorse Umane	Già adottate	Redazione Regolamento per funzionamento Comitato Etico
			Direttore Amministrativo	Già adottate	Pubblicazione sul sito aziendale di tutti i contratti e le delibere di attivazione delle sperimentazioni
			Direttore Generale	Già adottate	Adozione del Manuale delle procedure amministrativo contabili
			Direzione Sanitaria	Entro il 31/.12.2018	Adozione del regolamento per le sponsorizzazioni
			SC Area Gestione Risorse Finanziarie		

Macro Area a Rischio Corruzione		F. Donazioni			
Fattori a rischio corruzione		Manipolazione di fondi pubblici e privati			
N. Processo	Processo esposti a rischio di corruzione	Valutazione del grado di rischio	Strutture dell'IRCCS coinvolte	Tempi di Attuazione	Misure di prevenzione
F.1	Rapporti diretti tra clinici e donatori	Alto	Direttore Amministrativo	Già adottate	Adozione di apposito atto deliberativo per ogni donazione pervenuta e relativa pubblicazione sul sito Istituzionale
F.2	Programmazione dei bisogni	Medio	Direttore Generale	Già adottate	Adozione del Manuale delle procedure amministrativo contabili
F.3	Richieste interne e offerte di donazione spontanee da parte di esterni	Alto	Direzione Sanitaria	Entro il 31.12.2018	Adozione di un regolamento per la gestione delle donazioni
			SC Area Gestione Risorse Finanziarie		
			SSD Patrimonio Appalti e Contratti		
			Direzione Scientifica		
			Tutti i dirigenti responsabili		



Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della  
Corruzione e Trasparenza  
Legge n. 190/2012  
Anno 2018 -2020

**Allegato 2**  
***Elenco degli obblighi di comunicazione***

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Responsabile per la prevenzione della corruzione e Trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU – AGRF – Area affari generali e legali AGT Area Patrimonio
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU – AGRF – Area affari generali e legali AGT Area Patrimonio
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI E LEGALI
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza– Ufficio Procedimenti Disciplinari
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	AFFARI GENERALI E LEGALI
			Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze (COMPONENTI DEL CIV)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle) CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA (CIV)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo (COMPONENTI DEL CIV)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGT
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
			Per ciascun titolare di incarico:			

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	AGRU
			Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	(da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	AGRU
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	AGRU
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	AGRU
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	AGRU
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	AGRU
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Nessuno	AGRU	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	AGRU		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	AGRU
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione	
Performance	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)		Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				Per ciascuno degli enti:			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati		(da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	OBBLIGO NON PERTINENTE	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRF / DIREZIONE SCIENTIFICA/ DIREZIONE AMMINISTRATIVA
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	OBBLIGO NON PERTINENTE
					Per ciascuno degli enti:			
					1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
3) durata dell'impegno					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)							
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRF / DIREZIONE SCIENTIFICA/ DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	Tipologie di procedimento			<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>			AREA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DI COMPETENZA (DATI IN FORMA TABELLARE)
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DI COMPETENZA (DATI IN FORMA TABELLARE)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA AFFARI GENERALI E LEGALI
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AREA AFFARI GENERALI E LEGALI AREA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AREA AFFARI GENERALI E LEGALI AREA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
Bandi di gara e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione	
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO	
				Per ciascuna procedura:			
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			<b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016		<b>Avvisi e bandi</b> - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Affidamenti</b> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO	
	Bandi di gara e contratti		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	PER COMPETENZA AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO / AREA GESTIONE FINANZIARIA
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE TECNICA / AREA PATRIMONIO

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA AFFARI GENERALI E LEGALI
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
	Carta dei servizi e standard di qualità		Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP
Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	AREA AFFARI GENERALI E LEGALI	
			Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		
			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		
Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Servizi erogati	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UNITA' DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA / DIREZIONE SANITARIA
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	URP
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	(da Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGT E PATRIMONIO (COMPATIBILMENTE CON LE COMPETENZE IN MATERIA)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	OBBLIGO NON PERTINENTE
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo		Soggetto competente alla pubblicazione
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	AREA GESTIONE TECNICA
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	AREA GESTIONE TECNICA
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA / AGT
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	AREA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO PER COMPETENZA

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



Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della  
Corruzione e Trasparenza  
Legge n. 190/2012  
Anno 2018 -2020

### **Allegato 3**

***Schede delle principali misure di prevenzione da adottare nel  
2018 collegate al Ciclo della Performance***



**PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020**  
 Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
 Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	A. Gestione del Personale/Incarichi a soggetti esterni/Incarichi dirigenziali e nomine		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	A.11 Procedure di formazione del personale	<b>Valutazione del Rischio</b>	Medio
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	SSD Clinica Risk Management e Formazione		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direttore del Dipartimento dei Servizi
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Avviare nel corso del 2018 attività formativa specifica nel settore dell'anticorruzione e della trasparenza da erogare a tutto il personale dell'Istituto. Attività da svolgere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza		Verifica del registro partecipanti all'attività di formazione	Entro Giugno 2018
2 Aggiornare il Regolamento interno per la gestione della Formazione in virtù del cambiamento organizzativo in atto		Adozione del regolamento	Entro il 31.12.2018



PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020  
Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	E. Attività di Ricerca/sperimentazione e sponsorizzazione		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	E.1 Conflitto di interesse fra sperimentatori e sponsor	<b>Valutazione del Rischio</b>	Alto
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	Direzione Scientifica		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direzione Amministrativa
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Aggiornamento del Regolamento interno		Adozione del regolamento e verifica della sua applicazione	Entro il 31.12.2018



**PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020**  
 Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
 Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	F. Donazioni		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	F.3 Richieste interne e offerte di donazione spontanee da parte di esterni	<b>Valutazione del Rischio</b>	Alto
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	Direzione Scientifica		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direzione Amministrativa
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Aggiornamento del Regolamento interno per la gestione dei beni a ogni titolo ricevuti in donazione		Adozione del regolamento e verifica della sua applicazione	Entro il 31.12.2018



**PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020**  
 Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
 Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	C. Gestione dei rapporti con l'utenza/attività di assistenza/erogazione di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali libera professione/ attività a pagamento/Liste di attesa/Farmaceutica e dispositivi		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	C.3 Gestione delle liste di attesa (CUP)	<b>Valutazione del Rischio</b>	Alto
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	SC UOSE Controllo di Gestione e Qualità		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direzione Sanitaria
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Implementazione di una procedura che consenta la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo aggiornamento		Pubblicazione dei report sul sito dell'Istituto	Entro il 31.12.2018
2 Implementazione di una procedura che consenta il controllo dell'attività effettivamente svolta e quella prenotata		Report con numero dei soggetti che hanno accesso "privilegiato"	Entro il 31.12.2018



**PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020**  
 Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
 Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	C. Gestione dei rapporti con l'utenza/attività di assistenza/erogazione di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali libera professione/ attività a pagamento/Liste di attesa/Farmaceutica e dispositivi		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	C.4 Attività libero professionale intramuraria	<b>Valutazione del Rischio</b>	Alto
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	SC UOSE Controllo di Gestione e Qualità		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direzione Sanitaria
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Predisposizione di una procedura che permetta il confronto tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale		Verifica dei report con numero dei soggetti	Entro il 31.12.2018
2 Implementazione di una procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa		Report con numero dei soggetti che hanno a	Entro il 31.12.2018



**PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORREZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNO 2018/2020**  
Scheda delle misure di anticorruzione da adottare nel 2018 in correlazione con il Ciclo delle Performance  
Anno di riferimento 2018

<b>Macro Area a Rischio Corruzione</b>	D. Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio		
<b>Processo esposti a rischio di corruzione</b>	D.6 Gestione del patrimonio immobiliare (locazioni, alienazione, acquisizioni e manutenzione, inventariato, gestione	<b>Valutazione del Rischio</b>	Alto
<b>U.O. Responsabile del Processo</b>	SSD Patrimonio Appalti e Contratti		
<b>Correlazione con il Piano delle Performance</b>	SI	<b>Unita Operativa di verifica</b>	Direttore del Dipartimento della Gestione
<b>Misure da realizzare nel 2018</b>		<b>Indicatore previsto</b>	<b>Tempi</b>
1 Completamento delle procedure di inventariazione fisica dei cestipi			Entro il 31.12.2018
2 Implementazione della procedura informatizzata di gestione dei cestipi			Entro il 31.12.2018
3 Adozione di un regolamento interno per la alienazione e dismissione dei beni immobili a qualsiasi titolo acquisita nel patrimonio dell'Istituto			