

Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (PIAO)
2023-2025



Redatto da: dott. Michele Albino Di Lorenzo

Dirigente Amministrativo a supporto della U.O.S. Pianificazione e Controllo
per "Valore pubblico", "Performance", "Organizzazione e capitale umano"

RPCT

per "Rischi corruttivi e trasparenza"

Direttore U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

per "Piano Triennale Fabbisogni di personale"

con il contributo di

P.O. Anna Beatrice Responsabile per la Formazione
per "Formazione del personale"

avv. Giuseppe Napolitano Responsabile Ufficio Legale
per le attività di raccolta dati e *compliance* normativa

Verificato da: Direttore Generale

Adottato con: Deliberazione del D.G. n. **209** del 31/03/2023

Integrazione sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e aggiornamento

Sommario

Premessa.....	5
Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'amministrazione	7
Sezione 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	8
2.1 Valore pubblico	8
2.2 Performance.....	10
2.2.1 La performance istituzionale	21
2.2.2 La performance organizzativa	23
2.2.2.1 La performance organizzativa dei Dipartimenti	28
2.2.2.2 La performance organizzativa dei Centri di Responsabilità	28
2.2.3 La performance individuale.....	28
2.2.4 La valutazione del Direttore Generale.....	28
2.2.5 La valutazione del Personale Sanitario Tecnico-Professionale ed Amministrativo.....	28
2.2.6 Trasversalità degli obiettivi.....	29
2.2.7 Collegamento della pianificazione integrata con le politiche di qualità	29
2.2.8 Collegamento della pianificazione integrata con il Budget dell'IRCCS.....	29
3.1 Rischi corruttivi e trasparenza.....	33
3.1.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza verso il PIAO 2023- 2025.....	34
3.1.1.1 Oggetto e riferimenti normativi	34
3.1.1.2 Organizzazione per la prevenzione della corruzione.....	36
3.1.1.2. a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	36
3.1.1.2. b Struttura di supporto al RPCT.....	36
3.1.1.2. c Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	37
3.1.1.3 Gestione del rischio.....	37
3.1.1.3. a Analisi del contesto	39
3.1.1.3. a1 Contesto esterno	39
3.1.1.3. a2 Contesto interno	40
_____ La struttura organizzativa e la sensibilità dell'IRCCS alla prevenzione della corruzione.....	42
_____ La mappatura dei processi	47
3.1.1.3. b Valutazione del rischio	49
3.1.1.3. b1 Identificazione dei rischi.....	49
3.1.1.3. b2 Analisi dei rischi.....	50
3.1.1.3. b3 Ponderazione dei rischi	51
3.1.1.3. c Trattamento del rischio	52
3.1.1.3. c1 Misure generali.....	52
A. Misure generali	52
1) Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica	52
2) Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314.....	52

3) La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici.	52
4) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico	52
5) Rotazione straordinaria	52
6) Rotazione straordinaria	52
7) Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva	52
- Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica	53
- Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314.....	53
- La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici	53
- Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico	55
- Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio	55
- Rotazione straordinaria	55
- Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva.....	55
Misure di deterrenza a prevenzione del rischio corruzione	56
a. Trasparenza: rinvio all'apposita sezione del Piano	56
b. Codice di comportamento.....	56
c. Formazione del personale.....	56
d. Rotazione ordinaria del personale	57
e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	57
f. Il Whistleblowing.....	60
g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione.....	60
h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti	61
i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici.....	61
j. Gli incarichi extraistituzionali	62
k. Acquisti di beni e servizi	62
l. Patti di integrità.....	62
m. Il pantouflage	62
n. Responsabile RASA.....	64
o. Sponsorizzazioni	64
p. Sperimentazioni cliniche	64
q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa	65
r. Gestione alienazione immobili	65
s. Gestione donazioni e comodati d'uso	65
t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche	65
u. Gestore segnalazioni UIF.....	65

3.1.1.3. c2 Misure specifiche o ulteriori	65
3.1.1.4. Monitoraggio del PTPCT 2022-2024.....	66
3.1.1.5. Riesame periodico della funzionalità del sistema.....	66
3.1.1.6. Trasparenza.....	67
3.1.1.6. a Oggetto e riferimenti normativi.....	68
3.1.1.6. b Organizzazione per la trasparenza	69
3.1.1.6. c Obiettivi in tema di trasparenza.....	70
Sezione 4. Organizzazione e capitale umano	71
4.1 Struttura organizzativa.....	71
4.2 Organizzazione del lavoro agile.....	72
4.2.1. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2023-2024	72
4.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	72
4.3.1 Piano triennale di fabbisogno del personale 2023	73
4.3.2 Riferimenti normativi	74
4.3.3 Analisi consistenza organico del PTFP	75
4.4 Formazione del personale.....	76
4.5 Parità di genere - pari opportunità.....	77
Sezione 5. Monitoraggio	79
Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance” :.....	79
Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi” :	80
Trasparenza.....	80
Allegati	81
a) PIAO_2023-2025_a) Obiettivi Direttore Generale 2023	81
b) PIAO_2023-2025_b) Rischi Corruttivi	81
c) PIAO_2023-2025_c) Regolamento Lavoro Agile.....	81
d) PIAO_2023-2025_d) PTFP-2021-2023.....	81
e) PIAO_2023-2025_e) Richiesta Referenti Obblighi Informativi Trasparenza 2022	81
f) PIAO_2023-2025_f) Monitoraggio Obblighi Informativi Trasparenza 2022.....	81

Premessa.

Come noto, l'art. 6 del D.L. n. 80/2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla L. n. 113/2021, dispone che, a decorrere dall'anno 2022, gli strumenti di programmazione non finanziaria confluiscono nel Piano Integrato di Assetto Organizzativo, denominato PIAO, il quale è adottato il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Il D.L. 9 giugno 2021 n. 80 per come convertito con modificazioni prevede che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il sopra citato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, con lo scopo preciso di dare dimostrazione dello stretto legame tra gli obiettivi strategici e le rispettive azioni attuative, oltre che le risorse umane, strumentali, economico-finanziarie ad esse destinate. Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) Una programmazione operativa connessa e coerente con quella strategica, con la definizione di obiettivi programmatici e strategici legati alle nuove opportunità definite dal contesto nazionale e internazionale che, sia pure dominati da eventi straordinari di non facile soluzione, offrono numerose occasioni di investimenti, fondamentali per la nostra Regione e per il nostro Istituto, con particolare riferimento alle linee del PNRR;
- b) la strategia di investimento nel capitale umano e nello sviluppo organizzativo, nonché e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e della valorizzazione di quelle interne già presenti;
- d) gli strumenti e le fasi per incrementare i livelli di trasparenza delle attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- e) la mappatura dei processi e l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, in un'ottica di miglioramento continuo;
- f) le strategie poste in essere per assicurare l'inclusione e assicurare le pari opportunità con azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- h) l'incremento di Valore Pubblico quale elemento fondante dell'Istituto e trasversale a tutte le azioni sopra menzionate.

Il PIAO ingloba, quindi, alcuni altri strumenti di programmazione, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance. In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione non può essere considerato come mero adempimento formale e burocratico; esso rappresenta, bensì, una sorta di "testo unico" della programmazione, redatto in accordo con il modello di misurazione e valutazione della performance dell'IRCCS S. de Bellis di Castellana Grotte (di seguito IRCCS).

Per la sua redazione, il Decreto Ministeriale n. 132 del 30 giugno 2022 ha approvato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", che definisce il contenuto e le modalità redazionali del Piano integrato di attività e organizzazione cui le pubbliche amministrazioni debbono conformare il proprio PIAO.

Il D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" ha previsto che "dopo la prima applicazione" il PIAO "è adottato entro il 31 gennaio 2023". In sintonia a tale scadenza l'ANAC ha reso noto con la circolare del Presidente dell'Autorità, il 24 gennaio che non saranno sanzionate le Amministrazioni che non dovessero redigere il PTPCT 2023-2025 dopo il 31 gennaio, ma non oltre il 31 marzo 2023. Questa amministrazione, pertanto ha adottato per il 31 marzo la sezione riguardante i Rischi corruttivi e trasparenza in adeguamento ai contenuti del PNA 2022. Il Consiglio dell'ANAC, infatti, solo nella seduta del 17 gennaio 2023, ha approvato definitivamente il Piano

nazionale anticorruzione 2022 valido per triennio 2023-2025, rendendolo pienamente operativo e consentendo ai RPCT di riconsiderare la relativa sezione del PIAO in tale ottica.

Il Piano Triennale della Performance 2023-2024, è qui riportato nelle apposite sezioni per permettere alle strutture sanitarie ed amministrative di avere una ben definita programmazione a inizio 2023 e, di conseguenza, di dare piena attuazione anche nel 2023 alle linee strategiche dell'Istituto, oltreché il Piano Triennale per la Formazione, riportando i contenuti nelle sezioni integrate al presente PIAO 2023-2025.

Il miglioramento degli stili di vita e del benessere, nonché della salute pubblica, principi trasversali agli ambiti istituzionali dell'Istituto (Assistenza, Ricerca, Formazione, Amministrazione) sono le fondamenta dell'intero ciclo di programmazione.

L'Istituto deve essere sempre più inteso quale risorsa strategica posta a presidio e tutela della salute della popolazione regionale e nazionale, nonché leva culturale per lo sviluppo e l'accrescimento del sapere scientifico, al fine di dare ampio significato al concetto di valore pubblico.

E' una sfida complessa che la Governance, i medici, i ricercatori, tutti gli operatori dell'Istituto accettano nella certezza di essere parte fondamentale per il miglioramento della qualità della vita delle persone.

La Direzione Strategica

Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'amministrazione

Amministrazione pubblica	IRCCS S. de Bellis
Indirizzo	Via turi n.27 - Castellana Grotte (Bari)
PEC	Comitato di Indirizzo e Verifica: civ.debellis@pec.rupar.puglia.it Collegio Sindacale: collegiosindacale.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Generale: dirgenerale.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Sanitaria: dirtsanitario.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Scientifica: dircientifico.debellis@pec.rupar.puglia.it Direzione Amministrativa: diramministrativo.debellis@pec.rupar.puglia.it Resp. Prevenzione Corruzione: anticorruzione.debellis@pec.rupar.puglia.it Resp. per la Trasparenza: trasparenza.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Burocratico Legale: ufficiolegale.debellis@pec.rupar.puglia.it Affari Generali: dirgenerale.debellis@pec.rupar.puglia.it Area del Personale: risorseumane.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Patrimonio: provveditore.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Servizi Tecnici: servizitecnici.debellis@pec.rupar.puglia.it Area Risorse Finanziarie: contabilita.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio SDO: ufficiosdo.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Formazione: formazione.debellis@pec.rupar.puglia.it Ufficio Concorsi: ufficioconcorsi.debellis@pec.rupar.puglia.it Fatture Area Risorse Finanziarie: fatturapa.debellis@pec.rupar.puglia.it Servizio Prevenzione Protezione: spp.debellis@pec.rupar.puglia.it
P.IVA	00565330727 C.F. 00565330727
Sito web	https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/

Con decreto interministeriale del 31 marzo 1982, rispetto all'allora ente ospedaliero "Vincenzo dell'Erba" di Castellana Grotte, è stato riconosciuto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico specializzato in gastroenterologia (persona giuridica di diritto pubblico). Si fissava che l'ente era in possesso dei "requisiti strutturali necessari allo svolgimento dell'attività bio-medica-clinica, ivi comprese le attività di diagnosi e cura a queste finalizzate", e che avesse, quindi, le potenzialità di svolgere in maniera consistente e continua l'attività di ricerca conforme ai fini e agli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Successivamente, con decreto del Ministro della Sanità del 15 gennaio 1985, l'Istituto assunse la nuova e attuale denominazione "Saverio de Bellis", riconoscendo e mantenendo viva la memoria di chi donò al Comune di Castellana Grotte, nel 1913, la sede originaria del complesso ospedaliero. Il benefattore e filantropo Saverio De Bellis, nella vita pioniere dell'industria e Cavaliere del lavoro, aveva disposto nell'atto di donazione che l'intero stabile deve portare in eterno il nome di "ricovero Saverio De Bellis".

Prima del riconoscimento ministeriale del 31 marzo 1982 come Istituto di a carattere scientifico, nel 1978 l'allora Ente ospedaliero di zona aveva vissuto un passaggio molto importante con la nuova classificazione in Ente Ospedaliero Provinciale Specializzato in Gastroenterologia, decretata con atto del Presidente della Regione Puglia.

Con il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto, si avviò, nell'immediato, una nuova fase di crescita e sviluppo con il potenziamento di reparti e servizi, con nuovi laboratori per la ricerca scientifica bio-medica, con la dotazione di attrezzature all'avanguardia, con l'ampliamento del numero dei ricercatori.

L'IRCCS de Bellis, per il triennio 2023-2025 ha inteso redigere il presente Piano col fine di armonizzare le pianificazioni relative agli ambiti elencati in premessa, per dare coerenza alle strategie, agli obiettivi, agli indicatori, alle azioni ed alle attività da porre in essere per i contesti trattati nel PIAO in modo più sincronizzato possibile. Nell'ottica presentata dal PNA 2022, l'evoluzione di tale integrazione che rileva più ambiti diversi, richiede programmazione e visione di insieme che questo Istituto ha intenzione di cogliere come opportunità per una crescita omogenea dei vari ambiti rappresentati in questo Piano, con la coscienza di quanto si importante

Sezione 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Ad ulteriore specifica rispetto a quanto dichiarato di seguito in termini di performance 2023-2025, il presente PIAO è strettamente connesso con la pianificazione strategica dell'IRCCS, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo richieste al momento della nomina del Direttore Generale (DG) con DPGR n.33 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n.19 del 17/2/2022 e gli obiettivi assegnati da parte dell'organo di indirizzo politico CIV allo stesso DG.

Con la definizione degli obiettivi strategici, l'IRCCS ha focalizzato una palette di azioni operative correlate alla *vision*, tenendo conto del contesto spazio-temporale di riferimento sia in termini di opportunità che di vincoli, considerati però sempre come "elementi agibili". Il fine vuole "creare uno spazio d'azione" dove le strutture e le persone dell'Istituto riescano a valorizzare le proprie competenze, risorse e progettualità, finalizzandole al perseguimento di obiettivi comuni. Gli orientamenti Strategici sono una prerogativa cardine per l'IRCCS al fine di: descrivere gli obiettivi di sviluppo dell'IRCCS e le risorse che si intendono impiegare e sulle quali investire per realizzarli, rappresentando un punto di riferimento ampio dove collocare le azioni e le decisioni quotidiane di breve periodo, oltre che lo strumento per condividere gli aggiornamenti sull'avanzamento dei progressi della struttura rispetto agli stakeholders di riferimento, esterni ed interni.

Agli orientamenti Strategici è affidato il compito di disegnare e preordinare il futuro dell'IRCCS delineando il posizionamento a cui si ambisce e il Valore Pubblico che si intende creare. Nelle linee strategiche definite sopra, il Presidente di Giunta Regionale, demandando al CIV, quale organo di indirizzo politico, delinea le indicazioni di quanto richiesto alla gestione e che porteranno ad aumentare il benessere reale dei portatori di interesse dell'IRCCS, tenendo in debita considerazione la sostenibilità dell'azione. Il collegamento degli obiettivi di indirizzo agli obiettivi generali e specifici assegnati alle varie strutture dell'IRCCS con quanto definito con opportuni provvedimenti derivanti dalle prossime contrattazioni del Budget, assicura che le azioni previste consentano di dare dimostrazione, nel PIAO, dell'analisi costi-benefici, dell'analisi degli scostamenti, di tutte le eventuali correzioni da adottare nelle logiche del ciclo della performance per il miglioramento dei servizi resi agli stakeholders, creando un forte collegamento tra le performance e la creazione di valore pubblico. Tra gli obiettivi del PIAO trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare la crescita richiesta dalla Sanità Digitale per l'accessibilità fisica (ampliando l'offerta per contenere le liste di attesa, per la semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, in particolare, nel triennio in esame la revisione delle procedure per individuare i processi da reingegnerizzare e semplificare).

Relativamente all'accessibilità fisica e digitale questo Ente, in quanto Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, offre ai cittadini le attenzioni di accoglienza fisica all'accesso per facilitare l'ottenimento delle prestazioni sanitarie richieste, con personale nella Hall impiegato per dare indicazioni e spiegazioni di merito. Già da diversi anni i servizi del Centro Unico di Prenotazione hanno potuto offrire all'utenza la prenotazione delle attività sanitarie tramite totem digitali di prenotazione, come anche gli sportelli ticket che sono stati opportunamente dimensionati rispetto all'affluenza, consentendo la regolarizzazione delle impegnative senza code, diluendo i congestionamenti dovuti alla cospicua affluenza di pazienti. Per i portatori di handicap sono disponibili ausili specifici (carrozzelle e l'accompagnamento da parte del personale interno responsabilizzato in tal senso ad offrire supporto) con le attenzioni ai parcheggi dedicati per agevolare l'entrata nella struttura ospedaliera.

L'accessibilità dal punto di vista digitale è argomentata attraverso il sito ufficiale che è direttamente gestito dalle società in-house della Regione Puglia, mentre relativamente ai contenuti il responsabile della pubblicazione è un dipendente interno che svolge le attività di aggiornamento delle informazioni ivi pubblicate nelle varie sezioni dell'albo pretorio e amministrazione trasparente tra le sezioni più importanti come anche la carta dei servizi e le FAQ. Negli obiettivi di performance, già dal 2022, sono presenti opportune sensibilizzazioni al miglioramento dell'aspetto della digitalizzazione e questo aspetto del valore pubblico è attenzionato al fine di raggiungere quanto prima i migliori livelli di soddisfacimento dell'utenza.

Per i cittadini ultrasessantacinquenni è disponibile un servizio informazioni con personale dedicato a dare risposte a tutte le esigenze rappresentate dall'utenza.

Il valore pubblico ad ogni buon conto non deve prescindere dall'incremento di produttività che l'Istituto prevede in concreto di conseguire su valutazioni basate su una specifica analisi epidemiologica fatta sulla sanità nel territorio dove l'IRCCS insiste. Pertanto, un bacino regionale ed extraregionale in cui l'offerta risulta carente, nel campo di specializzazione dell'IRCCS, è un obiettivo focale concretamente acquisito.

Il potenziamento della Chirurgia Oncologica perseguito e conseguito a fine 2022, essendo l'IRCCS centro di eccellenza di livello nazionale, esita nella presa d'atto di un incremento delle prestazioni chirurgiche che gioverà ai risultati della produzione per l'attivazione della UOC di Chirurgia Generale a "indirizzo del tubo gastroenterico", che ha in corso l'incremento complessivo di 15 posti letto. A tanto si aggiunge quanto avviato e in netta ascesa rispetto ai numeri della Chirurgia Bariatrica per obesi.

Per il raggiungimento delle prospettive riportate, importante strumento sono i finanziamenti che l'Istituto ha conseguito con la partecipazione ai bandi PNRR, che vedranno l'importante risvolto di rendere effettive le progettualità grazie al sostegno finanziario per realizzarle. Uno per tutti è l'acquisto del robot da Vinci per consentire ai pazienti che sceglieranno questo Istituto per trattare le problematiche di patologie gastroenterologiche di avere maggiore qualità nelle esecuzioni chirurgiche.

Altro dettaglio di valore pubblico considerato nella trattazione della performance è la strategia, convertita in obiettivo nel presente PIAO, il tema dell'efficientamento energetico. Tale obbligo di ottimizzare i consumi e quindi i costi è un chiaro orientamento imposto da nella circolare n.2/2022 che assume grande importanza, dettata dal momento storico internazionale, con l'invito per le amministrazioni locali e centrali a inserire il risparmio energetico tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del Piao, che questa amministrazione ha recepito.

Le attese sopra descritte sono la prerogativa principale su cui poggiare le performance attese per il 2023 e conseguenti obiettivi, oltre a quanto ne scaturirà di riflesso in termini di produzione ambulatoriale specialistica in conseguenza alle prospettive di crescita in termini di soddisfacimento dei bisogni del cittadino.

Nella prerogativa di conseguire i contenuti di valore pubblico, sopra descritti in forma schematizzata, a sostegno dei quali si rappresenta quanto definito nel presente PIAO si rinvia all'allegato a) al presente PIAO-2023-2025 contenente il dettaglio del valore pubblico, ovvero gli obiettivi affidati al Direttore Generale per il 2023.

In accordo con le prospettive date dalle linee guida definite dal Piano Nazione Anticorruzione 2022, due aspetti si aggiungono per tutelare il valore pubblico dell'IRCCS de Bellis:

- identificare nuove misure di contrasto atte a contrastare la corruzione;
- implementare obiettivi strategici riguardanti la trasparenza quali

Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR
Promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione)
Miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"
Digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio
Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico
Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione)
Promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (come partecipare a Reti di RPCT in ambito territoriale)
Consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione dei contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
Miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente
Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale

2.2 Performance

L'amministrazione in cifre

Contesto territoriale

Il principale, ma non unico, contesto territoriale di riferimento per l'IRCCS è la città Metropolitana di Bari, nell'ambito della Regione Puglia, i cui bacini di utenza hanno le distribuzioni rappresentate nelle seguenti tabelle con distribuzione della popolazione per fasce di età, anno 2022 (Fonte: ISTAT):

Tipo di indicatore demografico

Territorio	Puglia			città metropolitana di Bari		
	2022			2022		
Selezione periodo	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
da 0 anni a 3 anni	56.645	52.929	109.574	18.287	17.216	35.503
da 4 anni a 7 anni	64.745	61.286	126.031	20.875	19.590	40.465
da 8 anni a 11 anni	72.841	68.726	141.567	22.825	21.649	44.474
da 12 anni a 15 anni	78.689	74.170	152.859	24.308	22.936	47.244
da 16 anni a 19 anni	83.325	79.116	162.441	25.612	24.318	49.930
da 20 anni a 23 anni	88.720	81.333	170.053	27.103	25.202	52.305
da 24 anni a 27 anni	86.527	80.681	167.208	27.067	25.485	52.552
da 28 anni a 31 anni	88.795	84.671	173.466	27.747	26.885	54.632
da 32 anni a 35 anni	88.327	86.592	174.919	28.029	27.794	55.823
da 36 anni a 39 anni	90.882	92.019	182.901	29.023	29.395	58.418
da 40 anni a 43 anni	101.678	103.364	205.042	31.811	32.402	64.213
da 44 anni a 47 anni	117.618	119.999	237.617	36.664	38.051	74.715
da 48 anni a 51 anni	118.002	121.687	239.689	37.562	38.544	76.106
da 52 anni a 55 anni	121.021	127.819	248.840	38.180	40.321	78.501
da 56 anni a 59 anni	117.526	126.027	243.553	37.378	39.890	77.268
da 60 anni a 63 anni	103.902	113.038	216.940	32.947	35.627	68.574
da 64 anni a 67 anni	94.402	104.315	198.717	29.612	32.520	62.132
da 68 anni a 71 anni	85.821	96.112	181.933	26.615	29.401	56.016
da 72 anni a 75 anni	84.548	97.680	182.228	25.881	29.609	55.490
da 76 anni a 79 anni	59.188	72.249	131.437	17.998	21.841	39.839
da 80 anni a 83 anni	49.956	66.364	116.320	15.076	19.319	34.395
da 84 anni a 87 anni	32.533	49.870	82.403	9.909	14.839	24.748
da 88 anni a 91 anni	17.304	32.072	49.376	5.465	9.497	14.962
da 92 anni a 95 anni	6.220	14.716	20.936	1.934	4.420	6.354
da 96 anni a 99 anni	1.478	4.331	5.809	455	1.343	1.798
da 100 anni e più a	216	866	1.082	59	268	327
TOTALE	1.910.909	2.012.032	3.922.941	598.422	628.362	1.226.784

Fonte ISTAT: *Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile*

L'IRCCS è riferimento per il ricovero e la cura delle patologie di propria pertinenza anche per le altre province pugliesi, considerato che il bacino abbraccia il sud est barese coprendo gran parte del brindisino e del tarantino, fino a sconfinare nella fascia jonico - lucana, penetrando anche la regione dell'alta Calabria dato che questi territori appaiono, dall'analisi epidemiologica, a tutt'oggi privi di offerte assistenziali specifiche. Al riguardo la richiesta del CIV, già per il 2022, è stata di orientare maggior attenzione nella diffusione di informazione alle regioni limitrofe sull'offerta di salute dell'Istituto rispetto a particolari prestazioni sanitarie. Tale circostanza è certamente un fattore motivante ad ospitare pazienti non appartenenti al territorio regionale.

Nella tabella che segue sono riportati i dati della distribuzione dei ricoveri indicanti i DRG trattati dall'IRCCS con il confronto del numero di casi provenienti dalla Regione Puglia ed i casi provenienti da fuori Regione per il periodo dell'annualità 2022, la cui rilevazione effettuata a gennaio è in fase di definizione per la chiusura delle schede di dimissione ospedaliera, consentendo una fotografia non conclusiva del dato ma nel rispetto della redazione al 31 gennaio di questa sezione relativa al valore pubblico legato alla performance.

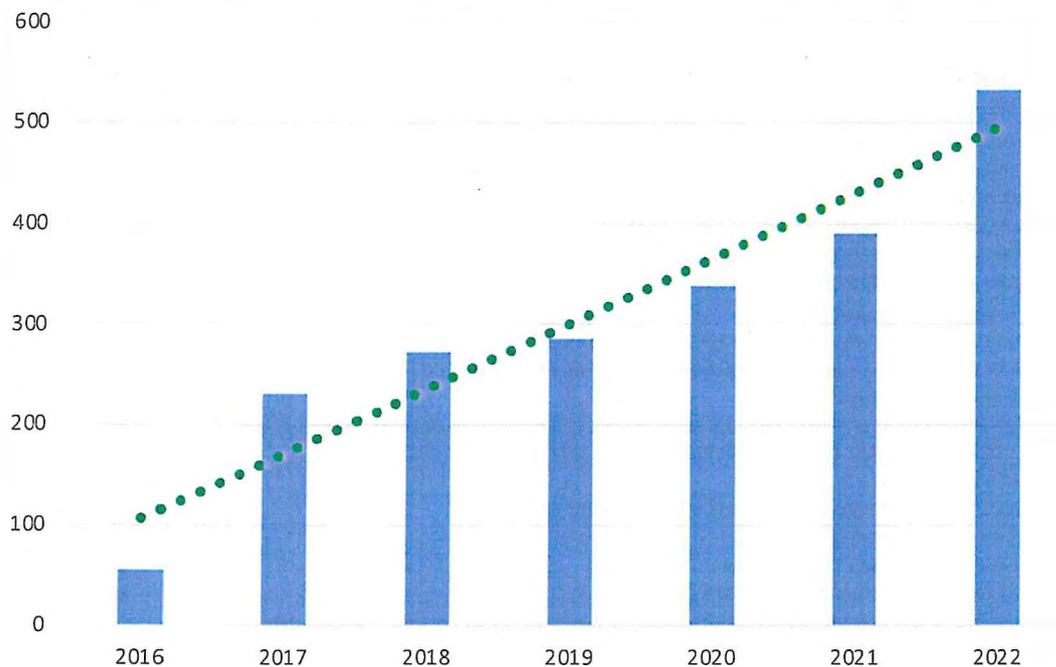
DRG Anno 2022 (rilevazione SDO al 20 gennaio 2023)	Dimessi IRCCS Puglia	Dimessi IRCCS Fuori Regione	Totale
203-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	224	5	229
494-COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	196	3	199
179-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	157	9	166
173-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	144	1	145
149-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	130	2	132
172-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	124	1	125
208-MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	112	2	114
410-CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	103	2	105
189-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	86	4	90
174-EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	77	3	80
570-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGN. GASTROINTE.LE MAG.	72	2	74
565-DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	53	2	55
202-CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	47	1	48
461-INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	42	1	43
181-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	41	3	44
395-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	40	2	42
191-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	39	1	40
182-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APP. DIG.TE, ETA'>17 ANNI CON CC	36	3	39
155-INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	31	3	34
180-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	30	1	31
571-MALATTIE MAGGIORI DELL'ESOFAGO	25	1	26
175-EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	24	1	25
463-SEGNI E SINTOMI CON CC	23	2	25
542-TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	15	1	16
193-INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	10	1	11
297-DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METAB., ETA' > 17 ANNI SENZA CC	10	1	11
296-DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METAB, ETA' > 17 ANNI CON CC	9	1	10
421-MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI	7	1	8
171-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	7	1	8
567-INTERVENTI ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' 17 ANNI CON CC CON DIAGN. GASTROINT MAG	5	1	6
468-INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	3	25	28
161-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	2	1	3
288-INTERVENTI PER OBESITA'	1	9	10
467-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0	1	1
TOTALI valori non definitivi	1.925	98	2.023

Grande importanza assume il valore pubblico quando associato alla missione dell'istituto improntata sul conseguimento di risultati in termini di ricerca scientifica che consente all'Istituto di dimostrare in concreto al territorio vicino e lontano la sua capacità in termini di eccellenza. Questo fronte di rilevanza strategica nella misurazione di valore pubblico, sta conseguendo importanti risultati che saranno esplicitati nel successivo paragrafo.

La ricerca scientifica

Il Ministero della Salute, per valutare annualmente la performance degli IRCCS, utilizza come criterio fondamentale il valore di Impact Factor Normalizzato (IFN), un parametro correlato alla produttività scientifica. Questo parametro, insieme ad altri due indicatori bibliometrici, sempre riferiti alle pubblicazioni dell'Istituto ("Field Weight Citation" e "% International and National Collaboration"), costituisce il cosiddetto "benchmarking internazionale" e ha un peso pari al 50% nella distribuzione annuale delle risorse che il Ministero della Salute stanziava per l'attività di Ricerca Corrente in favore degli IRCCS nazionali, oltre ad essere fondamentale nella valutazione che ogni due anni il Ministero compie per la conferma del carattere scientifico degli stessi IRCCS.

Il valore di IFN dell'Ente nel 2022 ha registrato un ulteriore sensibile aumento rispetto all'anno precedente, superando il tetto dei 500 punti, come evidenziato nel grafico seguente (dato provvisorio, in attesa di certificazione da parte del Ministero della Salute):



Le pubblicazioni presentate al Ministero della Salute sono complessivamente 87, tutte pubblicate su riviste internazionali impattate.

Altro evento degno di nota nell'anno 2022 è stato l'avviamento del primo studio clinico di Fase 1b / 2, all'interno dell'Unità di Ricerca Clinica di fase 1 dell'Istituto. L'Istituto rimane l'unico Ente ospedaliero in Puglia che attualmente ospita uno studio clinico di fase 1 (fase successiva agli studi di laboratorio per testare sull'uomo, ad esempio, nuovi farmaci anti-tumorali).

Inoltre, un altro importante traguardo è stata la nomina a Coordinamento nazionale, in qualità di Spoke di 1 livello, del network "Life Science TTO", finanziato dal Ministero della Salute a valere sul PNRR – Ecosistema innovativo della Salute, "Creazione di una Rete di centri di trasferimento tecnologico di un progetto nazionale".

Tale risultato sancisce l'attività di valorizzazione dei risultati della ricerca avviata nell'IRCCS a partire dal 2017, che ha portato, tra le altre cose, al deposito ad oggi di n. 11 domande di brevetto per la protezione e valorizzazione di risultati della ricerca prodotti da ricercatori dell'Istituto, di cui n. 2 depositati a livello italiano e n. 2 approvati a livello italiano nel solo anno 2022.

Un altro risultato degno di nota, che dimostra lo sforzo compiuto dalla Direzione Scientifica di allargare i confini della ricerca effettuata dall'IRCCS, è il numero di accordi stipulati per la promozione di collaborazioni scientifiche, pari a 11 nel 2022, di cui n. 5 con enti regionali e n. 6 con enti nazionali.

Intensa risulta, inoltre, l'attività di public engagement e diffusione dei risultati che l'Istituto ha condotto anche nel 2022, come dimostrato sia dall'organizzazione di seminari di aggiornamento per ricercatori dell'Ente, tenuti sia da relatori interni all'Istituto sia da relatori provenienti da altre realtà nazionali di ricerca, sia dalla partecipazione del personale della Direzione Scientifica ad eventi di rilevanza nazionale, come seminari, Summer School sulla valorizzazione della ricerca ma anche Master universitari e premi a diffusione nazionale. Da evidenziare, inoltre, anche l'organizzazione di n. 2 eventi di public engagement, che hanno visto l'ampia partecipazione della cittadinanza (una Camminata della Salute per le vie di Castellana e un Concerto di Natale).

Tutti gli obiettivi fissati per l'anno 2022 nella precedente programmazione, di seguito riportati, sono stati raggiunti:

- proseguire con il miglioramento della produttività scientifica dell'Istituto;
- avviare almeno uno studio clinico di fase 1;
- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente;
- ottenere almeno un altro GRANT competitivo per la realizzazione di progetti di ricerca.

PIANIFICAZIONI FUTURE:

La Direzione Scientifica si pone i seguenti obiettivi, in continuità con la pianificazione dell'anno precedente:

- integrare le conoscenze e le competenze negli ambiti della ricerca di base e di quella applicata, supportare la trasversalità e la multidisciplinarietà, quali attività volano al consolidamento, valorizzazione e rafforzamento della produttività scientifica dell'Istituto, anche attraverso l'incremento delle collaborazioni scientifiche nazionali e transnazionali;
- portare avanti uno studio clinico di fase 1;
- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente;
- ottenere almeno un altro GRANT competitivo per la realizzazione di progetti di ricerca.

Il personale

La seguente tabella fornisce uno spunto di riflessione attraverso indicatori di attività su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto.

Analisi caratteri quali quantitativi	VALORI			
INDICATORI	2019	2020	2021	2022
Età media del personale (anni)	51,62	48,41	50,45	48,48
Età media dei dirigenti (anni)	54,66	53,39	50,69	50,99
Personale a tempo indeterminato	316	315	327	350
Personale a tempo indeterminato in servizio nel corso del 2022	26	22	20	35
di cui personale dirigente	2	4	4	10
% dirigenti in possesso di laurea 100 %	100%	100%	100%	100%
Ore di formazione ECM	424	789	244	
Numero partecipanti	789	91	487	
Numero totale progetti ed eventi	51	7	10	
Unità di personale - Differenza fra 01/01/2022 e 31/12/2022				
Comparto (54 assunzioni - 20 cessazioni)	1	19	1	34
Dirigenza Medica (7 assunzioni - 2 cessazioni)	0	-3	4	5
Dirigenza Sanitaria (3 assunzioni - 0 cessazioni)	0	7	2	3
Dirigenza PTA (2 assunzioni - 0 cessazioni)	-2	3	0	2
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2021)	€100.000	€ 85.000	€70.000	€150.000

Analisi del benessere organizzativo	VALORI			
INDICATORI	2019	2020	2021	2022
Tasso di assenze personale comparto	25,39	26,88	21,15	11,4
Tasso di assenze personale dirigente	23,17	24,12	20,12	8,3
Tasso di infortuni	2,96	2,38	0,88%	0,21
			<i>variato sistema di rilevazione</i>	
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.530,72	2.329,92	2.431,22	2441,53
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	6.122,88	6.522,23	6.307,30	6.542,07
% di personale assunto a tempo indeterminato	84,56%	88,66%	54,05%	67,74%

Analisi di genere	VALORI			
INDICATORI	2019	2020	2021	2022
% di dirigenti donne	31,58%	32,05%	42,68%	47,91%
% dirigenti uomini	68,42%	67,94%	57,32%	52,08%
% di donne rispetto al totale del personale	50,47%	56,79%	55,66%	60,19%
% di uomini rispetto al totale del personale	49,53%	43,20%	44,34%	39,81%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	98,75%	72,52%	80%	77,27%
Età media del personale femminile non dirigente	49,79	50,10	49,33	46,38%
Età media del personale femminile dirigente	49,97	46,03	47,21	47,46%

Attività di ricovero

Limitando alle casistiche dei DRG più significativi con almeno 50 casi di seguito in tabella si possono valutare gli andamenti di base per le annualità a confronto, tenuto conto della variabilità del dato 2022 dovuto al completamento delle ultime schede di dimissione ospedaliera in corso di validazione da parte dei reparti sui sistemi informatici regionali:

DRG con oltre 50 casi, confronto anni 2022 vs 2021	Peso	Casi 2022	Casi 2021	Importo 2022	Importo 2021
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	55	90	863.951 €	1.403.550 €
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	105	290	401.793 €	1.046.899 €
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	229	244	894.365 €	978.404 €
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	132	133	956.380 €	947.415 €
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	74	76	839.396 €	860.168 €
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	127	115	573.603 €	519.504 €
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	168	140	559.609 €	459.605 €
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	199	238	370.033 €	430.509 €
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	84	91	324.577 €	337.287 €
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	48	81	193.549 €	330.048 €
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	80	89	264.406 €	290.226 €
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	145	106	360.330 €	269.494 €
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	55	71	174.186 €	231.697 €
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	35	52	128.338 €	193.252 €
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	115	101	137.217 €	119.472 €
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,134	50	38	162.384 €	119.193 €
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	25	56	50.400 €	116.128 €
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	72	98	80.683 €	96.751 €
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	90	85	77.376 €	76.639 €
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	41	50	58.728 €	72.231 €
				7.471.304 €	8.898.472 €

Da quanto risultante si rileva che, malgrado il quadro non definitivo, la totalizzazione economica della produzione relativa allo specifico campione esaminato con più di 50 casi sui singoli DRG rientranti nel campione, denota una sostanziale tenuta dell'attività di casistiche per talune patologie nel confronto di quanto accaduto nel corso del 2021.

Il DRG 565 con il decremento di 45 casi rappresenta la fotografia principale di quanto accaduto per le due annualità a confronto, la precedente influenzata in modo ancora importante dal COVID 19, che ha visto il contenimento delle procedure di supporto al territorio effettuate dall'IRCCS. Il confronto non è perseguibile anche sul DRG 410 data la mancata conclusione delle SDO relative agli accessi dei DH di tale tipologia di regime di ricovero.

La tabella successiva rappresenta i DRG più remunerativi ordinati per maggior peso di complessità, con indicazione dell'importo del relativo DRG, e le casistiche a confronto delle annualità 2022 - 2021: (con fondo verde la produzione 2022 risultata in incremento rispetto al 2021). Si evidenziano situazioni di decremento in rosso legate a casistiche del reparto di Rianimazione e Terapia intensiva che hanno rilevato situazioni legate al Covid-19 che nel corso del 2022 si sono ridotte notevolmente con il contenimento dei pazienti bisognosi del supporto della Rianimazione e Terapia Intensiva.

DRG	PESO	2022	2021	Importo 2022 DRG	Importo 2021 DRG
541 - OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO	12,4289	0	1	0 €	51.919 €
542 - TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	8,536	16	21	552.736 €	693.952 €
575 - SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE,ETA' > 17 ANNI	4,7782	8	8	119.368 €	170.792 €
578 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO	4,4004	4	4	73.256 €	73.256 €
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	55	90	863.951 €	1.403.550 €
567 - INTERVENTI SU ESOFAGO,STOMACO E DUODENO,ETA' 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,8842	6	8	82.272 €	124.462 €
193 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	3,6085	11	15	148.599 €	202.635 €
191 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	3,5599	40	42	558.219 €	598.079 €
568 - INTERVENTI SU ESOFAGO,STOMACO E DUODENO,ETA' 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,5475	27	34	338.391 €	422.212 €
569 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,3881	37	36	113.841 €	506.298 €
194 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	2,9871	18	12	58.202 €	105.468 €
146 - RESEZIONE RETTALE, CON CC	2,9562	13	16	145.639 €	179.248 €
201 - ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	2,8743	0	2	0 €	17.170 €
468 - INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,8661	28	6	84.424 €	60.948 €
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	74	76	839.396 €	860.168 €
200 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	2,7306	9	6	17.815 €	45.210 €
170 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	2,6806	9	4	64.326 €	35.240 €
192 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	2,5966	26	18	148.508 €	145.092 €
197 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSC SENZA ESPLORAZ DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	2,4752	3	6	25.788 €	51.576 €
150 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	2,3632	3	5	17.027 €	37.885 €
199 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	2,2656	8	7	15.216 €	48.314 €
532 - INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC	2,2015	1	2	2.782 €	5.564 €
147 - RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	2,1564	7	19	52.325 €	142.025 €
155 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	2,1457	34	27	23.244 €	177.282 €
566 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE	2,1122	1	3	1.764 €	1.571 €
392 - SPLENECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	1,9909	0	1	0 €	6.624 €
303 - INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA	1,9629	1	2	7.386 €	14.772 €
152 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	1,9591	6	2	16.306 €	12.102 €
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	132	133	56.384 €	947.415 €
407 - ALTERAZ MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERV MAG SENZA CC	1,8956	0	4	0 €	15.322 €
403 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1,8616	4	3	18.740 €	21.555 €
079 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,7612	0	1	0 €	5.744 €
477 - INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,7604	5	7	25.860 €	29.722 €
171 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	1,675	8	7	15.984 €	31.486 €
576 - SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	1,6432	26	19	61.149 €	112.122 €
269 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	1,6138	1	1	5.878 €	5.878 €
008 - INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	1,5811	1	1	2.585 €	2.585 €
198 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSC.CA SENZA ESPLOR.NE DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	1,5546	4	3	11.172 €	15.879 €
493 - COLECISTECTOMIA LAPARASCOPIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	1,5285	27	38	98.451 €	153.879 €
151 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	1,5241	7	14	28.252 €	48.767 €
461 - INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	1,5238	43	25	18.314 €	123.778 €
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	127	115	173.691 €	519.504 €
408 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1,4917	3	2	11.195 €	6.811 €
413 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	1,4888	0	1	0 €	4.788 €
159 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,4492	3	3	11.307 €	14.676 €
153 - INTERVENTI MONORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,396	10	4	14.910 €	17.964 €
366 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	1,3793	2	2	8.316 €	8.316 €
085 - VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	1,3703	0	1	0 €	4.260 €
078 - EMBOLIA POLMONARE	1,3409	1	2	4.009 €	8.018 €
274 - NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	1,332	2	4	7.966 €	15.932 €
082 - NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1,3292	20	16	3.220 €	66.576 €
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	48	81	193.549 €	330.048 €
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	229	244	894.365 €	978.404 €
355 - INTERVENTI UTERO E SU ANNESSI X NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O ANNESSI SENZA CC	1,2687	0	1	0 €	3.959 €
080 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,2661	2	1	1.844 €	4.422 €
365 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1,2244	0	1	0 €	2.970 €
087 - EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1,2243	3	6	11.406 €	22.812 €
398 - DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	1,2182	0	2	0 €	7.178 €
166 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	1,1639	1	1	3.751 €	3.751 €
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	84	91	324.577 €	337.287 €
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	35	52	128.338 €	193.252 €
316 - INSUFFICIENZA RENALE	1,1501	4	4	8.648 €	11.792 €
089 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,1394	3	2	10.674 €	7.116 €
574 - DIAGNOSI EMATOLOG/IMMUNOLOG MAGG ECCETTO ANEMIA FALCIFORME E COAGULOPATIE	1,1305	0	2	0 €	7.476 €
165 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	1,1181	0	1	0 €	3.514 €
157 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	1,1158	6	9	17.246 €	28.670 €
239 - FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,1075	7	5	19.625 €	14.474 €
404 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1,101	8	2	13.034 €	3.646 €
160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,0953	11	13	15.993 €	18.735 €

DRG	PESO	2022	2021	Importo 2022 DRG	Importo 2021 DRG
571 - MALATTIE MAGGIORI DELL'ESOFAGO	1,0881	26	45	93.637 €	152.640 €
452 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	1,0604	0	2	0 €	6.566 €
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	80	89	264.406 €	290.226 €
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	168	140	69.609 €	459.605 €
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	55	71	174.186 €	231.697 €
277 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI CON CC	1,048	0	2	0 €	6.706 €
331 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' >17 ANNI CON CC	1,0467	1	1	3.379 €	3.379 €
176 - ULCERA PEPTICA COMPLICATA	1,0127	11	18	32.536 €	58.140 €
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	134	50	38	62.381 €	119.193 €
161 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,9993	3	2	10.713 €	2.560 €
290 - INTERVENTI SULLA TIROIDE	0,9978	5	1	11.654 €	3.340 €
359 - INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	0,9785	0	1	0 €	3.027 €
177 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	0,9769	0	5	0 €	15.740 €
414 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	0,9668	3	3	3.328 €	5.978 €
417 - SETTICEMIA, ETA' < 18 ANNI	0,9563	0	1	0 €	3.176 €
572 - MALATTIE GASTROINTESTINALI MAGGIORI E INFEZIONI PERITONEALI	0,9446	29	23	111.876 €	83.652 €
012 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	0,9103	8	1	22.800 €	2.850 €
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	145	106	111.330 €	269.484 €
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	199	238	370.033 €	430.509 €
180 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	0,8868	31	8	96.677 €	24.400 €
227 - INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,8846	1	3	1.499 €	4.609 €
296 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8593	10	22	29.496 €	63.776 €
395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	0,8552	42	19	65.416 €	31.248 €
017 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	0,8471	0	1	0 €	226 €
419 - FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8455	1	1	2.710 €	2.710 €
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	41	50	58.728 €	72.231 €
167 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	0,8102	2	3	5.120 €	6.383 €
463 - SEGNI E SINTOMI CON CC	0,8004	25	49	71.750 €	142.475 €
182 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,7681	39	34	12.563 €	84.402 €
270 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,7668	0	1	0 €	1.099 €
090 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7579	0	2	0 €	4.582 €
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	105	290	401.793 €	1.046.899 €
162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7448	5	4	5.008 €	4.784 €
178 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	0,7185	1	2	2.269 €	4.538 €
428 - DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	0,6989	0	1	0 €	2.267 €
299 - DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	0,6979	0	1	0 €	3.979 €
145 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	0,6869	0	2	0 €	4.194 €
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	115	101	137.217 €	119.472 €
421 - MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI	0,6643	8	2	1.957 €	4.368 €
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	25	56	50.400 €	116.128 €
367 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	0,6447	0	1	0 €	2.041 €
068 - OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,6264	0	1	0 €	1.935 €
256 - ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,6224	2	1	1.177 €	940 €
278 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6153	0	2	0 €	4.180 €
347 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	0,6095	0	1	0 €	1.432 €
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,6093	9	20	10.944 €	23.569 €
181 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,5614	44	43	13.386 €	73.234 €
297 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METAB ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5604	11	15	19.338 €	24.930 €
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	72	98	80.683 €	96.751 €
267 - INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,5312	1	2	1.587 €	2.459 €
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	90	85	73.370 €	76.639 €
139 - ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	0,5223	0	1	0 €	974 €
464 - SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,5041	3	5	1.692 €	8.740 €
412 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	0,4948	1	2	734 €	1.468 €
453 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	0,4896	4	2	2.411 €	3.466 €
411 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	0,4822	2	4	1.736 €	2.758 €
284 - MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0,4238	0	1	0 €	728 €
369 - DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,4208	2	3	1.450 €	4.268 €
324 - CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	0,401	0	1	0 €	935 €
190 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3783	2	1	1.966 €	1.634 €
184 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APP DIGERE, ETA' < 18 ANNI	0,3014	2	1	1.570 €	870 €
467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,2583	1	2	134 €	2.596 €
		2792	3128	13.078.782 €	14.583.692 €

Valore 2022
non
consolidato

Dal punto di vista ambulatoriale l'attività nel 2022 registra un andamento di crescita in termini quantitativi rispetto al 2021. In termini totali la crescita del 2022 è rilevabile anche rispetto al 2020. Con i dati riportati in tabella si delinea un incremento per tutti i reparti e servizi eroganti attività ambulatoriale nel corso del 2022 rispetto al 2021, con un dato di decremento poco significativo del -1% della Cardiologia come anche quello delle attività connesse alla Genetica. Il decremento del -24% dell'attività ambulatoriale del 2022 riportata alla Genetica rispetto all'anno 2021 è stato

determinato dall'aver concordato con la Direzione Sanitaria di non dover più effettuare alcune prestazioni non coerenti rispetto alla mission dell'Ente e di aumentare, invece, l'attività clinico-diagnostica sullo studio dei tumori eredo-familiare dell'apparato gastrointestinale, in particolar modo prestazioni NGS (Next Generation Sequencing), il cui impatto sul budget per prestazione è nettamente superiore alle singole prestazioni non più erogate. I risultati di questi cambiamenti saranno apprezzabili nell'anno 2023 analizzando a completezza di analisi le risultanze di produzione dei ricavi.

In linea generale, analizzando i singoli andamenti si rileva un incremento dell'attività svolta nel 2022 sul 2021. Rispetto al 2020 si rileva un pieno recupero dei volumi prestazionali in confronto ad un periodo non condizionato dalla pandemia:

Struttura	N. prestazioni				% 2021 vs 2020
	ambulatoriali 2019	ambulatoriali 2020	ambulatoriali 2021	ambulatoriali 2022	
U.O.C. Chirurgia I e II	1.782	1.392	1.924	1.968	2%
U.O.C. Gastroenterologia I	2.547	1.285	1.369	1.737	27%
UOS Nutrizione	2.025	959	843	1.252	49%
U.O.S.D. Oncologia	12.552	12.003	15.952	19.677	23%
U.O.C. Gastroenterologia II	13.418	8.004	9.289	10.296	11%
UOS Endoscopia		2.992	3.658	4.283	17%
UOS Disturbi funzionali	1.806	1.211	1.142	1.653	45%
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	701	548	605	846	40%
U.O.C. Anatomia Patologica	7.878	5.351	5.164	5.709	11%
U.O.S.D. Cardiologia	5.768	4.107	4.710	4.663	-1%
U.O.C. Genetica Medica	4.050	3.760	4.362	3.334	-24%
U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities	367.195	357.393	488.243	614.718	26%
U.O.S.D. Diagnostica per Immagini	11.348	8.875	11.311	11.862	5%
TOTALI	431.070	407.880	548.572	681.998	24%

Albero della performance

Il modello di gestione che l'IRCCS utilizza sin dal 2012 per l'applicazione delle strategie da perseguire in seno all'organizzazione è la Balanced ScoreCard (BSC). Dettate le scelte strategiche da implementare per il 2023, la BSC guida agevolmente i passaggi da compiere per focalizzare, negli ambiti di interesse, obiettivi, indicatori e target allineando i comportamenti al conseguimento dei risultati attesi; tale modello è ritenuto a tutti gli effetti uno strumento utile e noto alle risorse operative dell'IRCCS che coadiuvano la direzione strategica e il cui ausilio è utile percorrere una sequenza logica che lega strategie, obiettivi generali, obiettivi specifici, indicatori e target.

La BSC propone, infatti, un approccio integrato in cui si bilanciano le tradizionali prospettive economico-finanziarie (elementi "Hard") con quelle non finanziarie (elementi "Soft"), così da poter valutare la performance dell'azienda in un'ottica sia strategica che operativa, ampliando il significato meramente economico del concetto di budget.

In un'Azienda Sanitaria, infatti, l'impiego della BSC integra il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance permettendo ad ogni singolo dipendente di interiorizzare la strategia aziendale.

Conosciuto come "cruscotto aziendale bilanciato", la BSC, è lo strumento di controllo, nato da un progetto di ricerca di Kaplan e Norton nel 1992, basato su un sistema di indicatori gestionali che consente al management di interpretare e governare le strategie che saranno successivamente trasformate e declinate in obiettivi, prima generali e poi specifici, da attribuire alle diverse unità operative.

La strategia consente di identificare quanto si intende perseguire (cosa fare), ma solo con il conseguente sviluppo delle aree critiche su cui agire (Key Performance Area), si può passare ai contenuti operativi degli obiettivi (come fare).

La BSC permette, inoltre, di monitorare l'andamento delle performance dell'Ente, facilitandone la misurabilità, attraverso la determinazione di indicatori legati agli obiettivi, atti a misurare la performance (KPI) a cui viene associato il target (valore-obiettivo) da raggiungere.

Il tutto nell'ottica intrinseca della BSC, ovvero quella che i risultati economici possono essere conseguiti andando incontro alle esigenze dei propri stakeholders, divenendo proattivi nella creazione di nuova offerta diagnostica, promuovendo le innovazioni e l'apprendimento e sviluppando processi interni eccellenti.

La completezza delle informazioni della BSC è data proprio dall'analisi e dal monitoraggio di quattro dimensioni o prospettive rilevanti, poste all'attenzione della Direzione, di seguito elencate:

- A. Prospettiva Economico - Finanziaria;
- B. Prospettiva degli Stakeholder;
- C. Prospettiva dei Processi Interni;
- D. Prospettiva dell'Apprendimento, Ricerca e Crescita.

Sulla base delle riflessioni strategiche dell'organo di indirizzo, il CIV, opportunamente ricondotte nelle 4 prospettive canoniche della metodologia BSC, si delinea l'albero con le ramificazioni dei contenuti e definizioni, evidenziando le dinamiche per la più opportuna programmazione di breve periodo (1 anno), nell'ottica degli orientamenti da perseguire nel medio periodo (3 anni).

Ecco il risultato di tale rielaborazione in termini di performance:

L'albero della performance, di seguito riportato, consente di focalizzare per le prospettive di riferimento A B C e D, le conseguenti aree strategiche su cui operare in continuità con quanto avviato nel 2021 per il 2023 e in prospettiva pluriennale con gli opportuni correttivi presentati in questo documento.

Prospettiva BSC	A-Prospettiva economico-finanziaria		B-Prospettiva processi di gestione					C-Prospettiva Soddisfazione Stakeholder		D-Prospettiva Ricerca e Crescita		
Area strategica	Attività di produzione SSN	Consumi di beni e servizi	Azzerare l'inappropriatezza	Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi	Flussi di rendicontazione	Efficienza operativa	Attivare cartella elettronica	Curare la Soddisfazione degli stakeholder	Migliorare l'Accoglienza	Intercambiabilità a Risorse Umane	Formazione	Potenziamento immagine IRCCS: Marketing, IFN, casistiche e Sperimentazioni
Strategia Obiettivo strategico	Costi (personale materiali) /Ricavi SSN < del 2022 Incremento attrattività extra-regionale Puntare sulla Chirurgia generale maggiore e bariatrica	Contenere i costi della farmaceutica; Programmare il fabbisogno di beni e servizi Rispettare i tetti di spesa per il Personale	Ricondurre i DRG con alto rischio di inappropriatezza verso forme alternative con Day service, Day-Surgery, Day-Hospital	Migrare al sistema informativo regionale MOSS Implementare i percorsi richiesti dalla Sanità Digitale Utilizzo dei finanziamenti PNRR: Focus edilizia: Centro congressi Rifacimento facciate;	Puntualità di trasmissione delle informazioni richieste dagli stakeholder nel rispetto dei tempi.	Degenza media < case mix regionale Incrementare complessità e migliorare il Case Mix Adozione e applicazione linee guida PDTA ISO 9001:2015 Qualità Espletare procedure concorsuali di apicali	Per i reparti e gli ambulatori Attivare la Telemedicina	Ridurre le liste di attesa prima visita gastro-enterologiche e prestazioni endoscopiche Indice Tempestività Pagamenti.	Gestire le segnalazioni e comunicare tempestivamente ai reparti	Rendere le attività svincolate dal personale addetto al loro svolgimento	Partecipare a corsi organizzati: anticorruzione e trasparenza Compilazione SDO Supportare attività culturali sociali e sportive e di comunicazione	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca attraverso il supporto alle Pubblicazioni Scientifiche Sostenere le sperimentazioni cliniche Attività di Marketing. Focus Bariatrica e IBD

L'ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. È finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

Il Piano della Performance, focalizzato rispetto ai paragrafi e sottoparagrafi trattati sopra, trova le informazioni, con la rappresentazione dei risultati conseguiti in cifre nel 2022, quale sintesi riferita ai vari ambiti in cui opera l'amministrazione in termini di valore pubblico, definendo le prerogative verso cui orientare gli sforzi di performance con la formulazione dell'orientamento strategico con l'albero della Performance per il 2023.

Questa focalizzazione dell'albero della performance definisce in modo funzionale l'attuazione delle strategie per la creazione di Valore Pubblico.

2.2.1 La performance istituzionale

L'orientamento prioritario per il 2023 e in prospettiva del Piano verso il cittadino è la tutela e cura della salute e, in tal senso l'IRCCS riconosce come propria missione il miglioramento degli stili di vita anche finalizzati al soddisfacimento del bisogno di salute della Persona attraverso il perseguimento di obiettivi di formazione e di ricerca prevalentemente traslazionale, con riferimento alle patologie epato-gastroenterologiche e ai disturbi del metabolismo e dell'alimentazione, sia in campo biomedico che di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e cura.

Le indicazioni cui l'Istituto deve ottemperare hanno come finalità di mandato:

- il consolidamento, il rafforzamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito gastroenterologico, quale struttura di riferimento regionale di secondo livello;
- la valorizzazione e il rafforzamento della didattica ai fini della formazione del personale nell'ambito sia amministrativo che delle patologie epato-gastroenterologiche, anche in collaborazione con Università e altri Enti di ricerca e di formazione sia nazionali che internazionali;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del SSR e delle Aziende Sanitarie Universitarie;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Regionale della Salute;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del SSR Puglia e del SSN, missione definita come tutela della salute nella sua globalità in relazione al quadro di risorse a ciò destinate;
- l'adesione alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie oncologiche, gastroenterologiche e dei disturbi dell'alimentazione e, più in generale, in quelle di competenza dell'Ente;
- il rafforzamento e lo sviluppo delle collaborazioni dell'Ente in ambiti di ricerca nazionale e transnazionale;

Il Presidente del CIV, riguardo al 2023, in seduta di riunione plenaria dell'organo con la Direzione strategica, ha presentato gli obiettivi stabiliti e affidati al Direttore Generale. Gli indirizzi strategici assegnati hanno dettato gli intenti per la definizione del valore pubblico, delineando gli obiettivi generali dell'Istituto riportati alla fine della sezione Valore Pubblico di pag.28.

L'assegnazione degli obiettivi 2023, con il documento proposto dal Comitato di Indirizzo e Verifica (CIV), rappresenta la manifestazione di responsabilità del *management* in coerenza alle funzioni assegnategli per Legge con la definizione della vision dell'Istituto nel medio breve periodo.

I fondamenti su cui l'Istituto rimane investito sono la visione da conseguire nel tempo al fine di:

- raggiungere sempre più alti livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter fornire sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;
- continuare ad essere un "punto di riferimento" a livello regionale e nazionale della ricerca e assistenza in campo sia epato-gastroenterologico che dei disturbi dell'alimentazione;
- potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dal personale più esperto operante nell'Ente, che ne caratterizza l'eccellenza e le capacità di attrazione, a quello più "giovane" (empowerment del personale);
- promuovere e rafforzare l'attività didattica assicurando ai professionisti in formazione lo sviluppo di conoscenze specialistiche di eccellenza in ambito epato-gastroenterologico e delle scienze dell'alimentazione; sviluppare nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra IRCCS e Servizio Sanitario, tra Unità Operative di assistenza e ricerca e servizi a supporto.

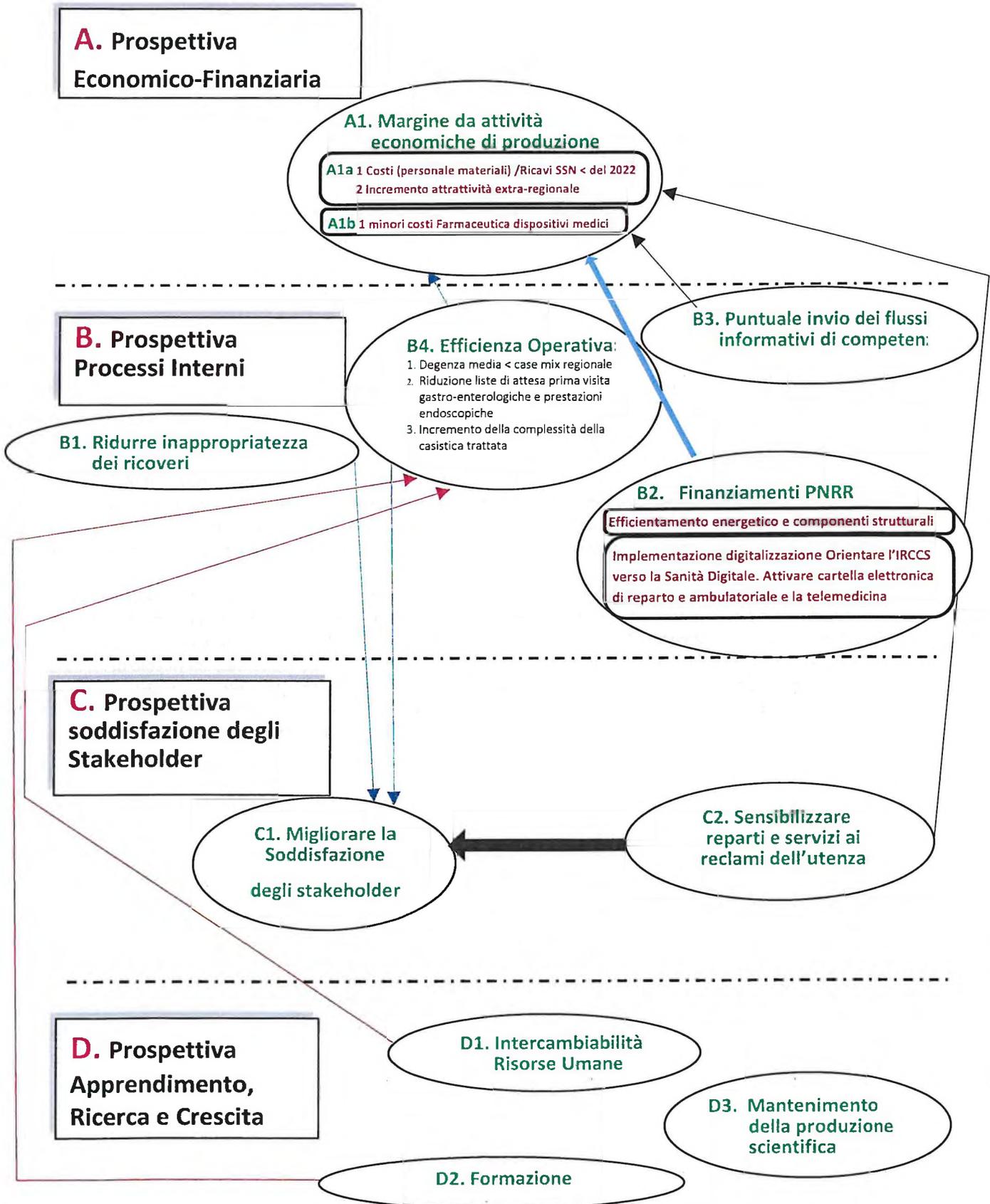
Nella sua veste di struttura di riconoscimento nazionale (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), inserita nel Sistema Sanitario Nazionale, l'IRCCS persegue la seguente mission:

- sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito epato-gastroenterologico e di scienze dell'alimentazione;
- potenziamento della ricerca traslazionale in epato-gastroenterologia, prevalentemente in specifici settori della chirurgia dei tumori intestinali, pancreatici ed epatici, delle patologie croniche dell'intestino e dei disturbi dell'alimentazione;
- soddisfacimento delle necessità legate alle richieste territoriali di indagini endoscopiche di II livello e di attività diagnostiche ed assistenziali epato-gastroenterologiche mediche e chirurgiche; sviluppo di un'attività formativa in ambito epato-gastroenterologico e scienze dell'alimentazione per la crescita continua delle competenze dei professionisti dell'Ente;
- rafforzamento delle attività di public engagement al fine di assumere un ruolo guida nella informazione e formazione della cittadinanza (empowerment) per la prevenzione e la cura delle malattie gastroenterologiche e connesse all'alimentazione nelle diverse età della vita: per esempio la prevenzione e cura della obesità e delle intolleranze alimentari;
- miglior offerta ai cittadini che si rivolgono all'Istituto per la trattazione dei tumori relativi ai raggruppamenti dei DRG con MDC 6 e 7, legate all'apparato digerente, sia in termini di terapie mediche che in termini di soluzioni chirurgiche;
- impegno a trattare la cura dell'obesità anche dal punto di vista chirurgico qualora il paziente rientrasse nelle condizioni raccomandate dai PDTA opportunamente concepiti e applicati alle procedure interne.

2.2.2 La performance organizzativa

Mapa strategica 2023

Si rappresenta nel seguente schema quanto proposto in termini di orientamento strategico:



La descrizione dell'approccio strategico rilevabile nella mappa di cui sopra relativa al 2023, risulta in generale in linea di continuità con quanto definito nella mappa strategica deliberata nel 2022, dando coerenza alle azioni già intraprese, ma aggiornando le azioni in base ai cambiamenti dello scenario determinatosi in vista dell'anno 2023.

L'orizzonte temporale triennale richiesto dalla normativa rappresenta per l'IRCCS l'occasione per intensificare gli sforzi e rilanciare le strategie già adottate mediante processi che tengano in considerazione gli sforzi e i risultati ottenuti, rinnovando il cambiamento in base alle nuove opportunità e situazioni che si presentano da un contesto che nel frattempo è inevitabilmente variato.

Di seguito il ragionamento strategico impostato nella mappa proposta per il 2023 da cui è possibile definire, come in concreto è stato fatto, gli obiettivi generali dell'IRCCS:

A1. pareggio di bilancio → orientare le attività produttive all'equilibrio economico-finanziario utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili in funzione della migliore efficacia operativa.

Rapporto tra costi (personale materiali) e ricavi SSN di produzione per prestazioni SSN per un decremento dell'indicatore rispetto all'anno 2022, con il risultato di mantenere una produzione in incremento per sostenere la crescita dei costi fissi con particolare focalizzazione sui seguenti ambiti:

1. Implementazione chirurgia bariatrica: superamento di 100 interventi chirurgici nel 2023, al fine dell'ottenimento del riconoscimento di centro di eccellenza Sicob;
2. Aumento interventi chirurgici per tumore del colon – retto rispetto al 2022;
3. Aumento interventi chirurgici per tumore del pancreas rispetto al 2022

Controllo della spesa: Mantenere i risultati raggiunti dalla farmaceutica per l'uso di medicinali con il miglior impatto costo/efficacia, il cui percorso è stato già avviato dal 2017, attraverso le seguenti azioni:

1. Percentuale di incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori, almeno mantenimento dei risultati ottenuti rispetto al 2022
2. Numero di accessi per la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione o visita ambulatoriale;
3. **Rispetto dei limiti di spesa per il personale con riferimento al personale a tempo determinato** la cui spesa non può superare il 50% di quella sostenuta nel 2009 e con riferimento al rispetto dei tetti di spesa complessivi determinati con deliberazione di Giunta Regionale n. 2293/2018 che ha visto revisione dei tetti con la DGR n.1896 del 22/11/2021
4. La coerente pianificazione del fabbisogno di beni e servizi, che consente una corretta gestione degli acquisti rimane una metodica imprescindibile imposta anche dalla normativa vigente, di cui all'art 21 comma 1 del D.Lgs. 50/2016 e al Decreto Ministeriale delle Infrastrutture dei Trasporti (MIT)n.14 del 16/01/2018, dove sono regolamentate nel dettaglio le attività di programmazione degli acquisti di beni e servizi, col vincolo di inserire le rilevazioni programmate nelle idonee piattaforme informatiche dedicate entro il 31/10. L'attenta focalizzazione e ponderazione dei bisogni in termini di beni e servizi da parte dei dirigenti, costituisce la corretta impostazione di questa strategia che per il 2023 deve aver il focus sull'edilizia per il ripristino del centro congressi e delle facciate della struttura.

B1. Azzerare l'inappropriatezza → ridurre il numero dei ricoveri a rischio di inappropriatezza; migliorare l'appropriatezza organizzativa, favorendo il ricorso ai day-service day hospital o day surgery;

Il fine è quello di evitare il ricovero ordinario che possa sviluppare DRG a rischio di inappropriatezza. I DRG riconosciuti come inappropriati dalla Regione subiscono in sede di valorizzazione una decurtazione della tariffa (abbattimento) fino al 50% con un notevole rapporto sfavorevole tra ricavi riconosciuti e costi sostenuti. Nel 2023 si auspica un ulteriore miglioramento del ricorso alle procedure alternative previste, su citate, per contenere il fenomeno dei ricoveri inappropriati che minano anche l'aspirazione all'eccellenza per le attività cliniche, prediligendo attività di complessità nel rispetto del ruolo richiesto all'IRCCS.

B2. Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi sfruttando al meglio i Finanziamenti PNRR → attività da implementare attivazione procedure per rifacimento facciata edificio procedere con le attività amministrative al completamento dei lavori

completamento Centro Congressi procedere con le attività amministrative al completamento dei lavori
migrazione al sistema informativo della regione Puglia MOSS secondo le indicazioni regionali;

Si riporta qui per responsabilizzare opportunamente i Direttori delle aree amministrative al passaggio a tale sistema informatizzato regionale nel rispetto dei tempi imposti dalla regione Puglia.

operare per gli adempimenti di anticorruzione e trasparenza.

È necessario continuare il percorso di formazione del personale nell'ottica della prevenzione della corruzione e del rispetto degli obblighi informativi per la trasparenza, ponendo in seno alle strategie quanto utile a sensibilizzare il personale, in particolare i referenti indicati dal piano (PTPCT 2023 di prossima adozione) col fine di allineare i comportamenti al rispetto delle misure generali e specifiche individuate dal citato piano. Le attività svolte saranno la compliance normativa raccomandata dall'ANAC.

finanziamenti e opportunità offerte dal PNRR.

Al fine di operare verso il conseguimento delle prerogative offerte dal PNRR, oltre che per i finanziamenti, anche in termini di attività individuate e attuate, per porre l'IRCCS nella prospettiva di implementazione di quanto reso possibile dal PNRR, richiedendo qui di rendicontare le attività.

Sanità Digitale.

Individuare e conseguire gli obblighi derivanti da quanto disposto dagli adeguamenti richiesti alle pubbliche amministrazioni, orientando gli sforzi nello specifico su aspetti come:

- la qualità dei flussi prodotti – l'informatizzazione delle procedure non ancora implementate – attivare la telemedicina nei contesti in cui è possibile realizzare monitoraggi a distanza.

Completare le cartelle elettroniche di reparto e ambulatoriale, attivare la telemedicina → coordinamento delle attività amministrative e sanitarie e dei fornitori

- **Riorganizzare le procedure sanitarie ed amministrative** attraverso un miglior utilizzo dei nuovi sistemi informativi introdotti nell'Istituto, proponendo e integrando funzionalità, ridisegnando e standardizzando le procedure con la prospettiva di innovare per accogliere cambiamenti nel modo di operare. In tale prospettiva si pone l'utilizzo al 100% delle cartelle elettroniche di reparto e ambulatoriali, su cui la Direzione strategica richiede impegno per l'anno 2023 ai Dirigenti Medici afferenti alle Unità Operative sanitarie ormai sensibilizzate e da sensibilizzare al conseguimento dell'operatività in tale modalità.

B3. Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi → coordinamento tra i detentori delle informazioni e i responsabili della comunicazione dei flussi, nei tempi richiesti.

La puntuale e completa trasmissione dei dati utili al rispetto delle tempistiche dei flussi informativi, costituisce, indubbiamente, anche per l'anno 2023 un obiettivo prioritario. L'utilizzo efficiente ed efficace dei flussi informativi è infatti necessario per adempiere alle richieste regionali e/o ministeriali, comprese le rendicontazioni derivanti dalla gestione dell'emergenza pandemica COVID-19 per l'assunzione del personale e per gli acquisti di beni e servizi che vedrà, anche per il 2023, attività di controllo e verifica da mantenere e già delineata dal Dipartimento regionale per la Sanità.

In particolare, monitorare, coordinare e gestire le scadenze nella trasmissione dei flussi informativi aziendali da parte dei diretti responsabili, non può prescindere dalla puntuale collaborazione tra i detentori dei dati.

B4. Efficienza operativa → correlata all'attività sanitaria ed a quella amministrativa.

- **Degenza media < case mix regionale;**
- **Riduzione liste di attesa prima visita gastro-enterologiche e prestazioni endoscopiche;**
- **Incremento della complessità della casistica trattata;**
- **Garantire la sicurezza dei pazienti**, attraverso la gestione del rischio clinico; assicurare la tempestività degli interventi chirurgici; **puntare alla migliore qualità assistenziale delle patologie croniche e di quelle oncologiche**, garantendo la totale presa in carico dei pazienti anche attraverso l'attivazione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA); In particolare, si ritiene prioritario l'adozione del PDTA relativo al tumore del PDTA dell'**obesità** ormai strategico nel corso dell'anno 2023. La medicina centrata sul paziente fa emergere, infatti, l'importanza della stesura dei nuovi PDTA con l'obiettivo di garantire un coordinamento tra gli operatori del team che prendono in carico l'assistito e di monitorare lo svolgimento delle attività inerenti al percorso di cura sia dal punto di vista dei risultati sia per quanto riguarda l'uso delle risorse. A tali fini la è necessaria l'attivazione di PDTA aziendali informatizzati e l'implementazione registri informatici
- **Mantenimento all'approccio Risk Based Thinking** necessario alla corretta analisi e gestione del Rischio al fine di mantenere la certificazione ISO 9001:2015 il cui audit di mantenimento verrà definito prossimamente.
- **avviare le procedure concorsuali** che consentiranno di reclutare il personale **apicale** necessario nei vari ambiti sanitari e demandare agli stessi, per competenza, le attività che possano disegnare e realizzare le aspirazioni di eccellenza dell'IRCCS.

C1. Soddisfazione degli stakeholder → pazienti, fornitori e dipendenti.

Si rileva necessario dare maggior attenzione alla **riduzione delle liste di attesa**, integrando, a tal fine un obiettivo che focalizzi l'attenzione sull'aumento delle prestazioni erogate, in particolar modo per quelle attese dal PNGLA. A tal riguardo le strategie volgono le attenzioni a incrementare i turni con turni aggiuntivi anche con incremento del personale. In merito ai tempi di attesa si ritiene di continuare a focalizzare gli sforzi per ridurre i tempi di attesa per la chirurgia oncologica, ritenendo opportuno affidare al direttore della chirurgia tale impegno al fine di rendere il risultato ulteriormente migliorato per il 2023.

Si rileva l'importanza di mantenere gli obiettivi legati al monitoraggio e alla riduzione dell'indice di tempestività di pagamento delle fatture emesse dai fornitori.

C2. Migliorare l'Accoglienza → il coinvolgimento del **paziente**, utente dei servizi, ha assunto nel tempo un significato con riferimento all'empowerment del singolo.

Si rende necessario assicurare l'accoglienza dei pazienti e il loro trattamento con standard degni di un Istituto di eccellenza, impegnando i dipendenti verso questa strategia aziendale con la sensibilizzazione alle segnalazioni pervenute all'URP.

La qualità percepita in ambito sanitario, molto più che in altri settori, passa attraverso una buona relazione e comunicazione tra chi usufruisce del servizio e chi lo eroga, e in particolare attraverso l'attenzione di questi ultimi soggetti ad ascoltare, anticipare e soddisfare i bisogni e le aspettative dei Pazienti che a loro si rivolgono, aumentando contestualmente la sensibilità alle contestazioni e ai reclami.

Pertanto, per conoscere la percezione del paziente sulla prestazione ricevuta è indispensabile continuare l'attività di realizzazione di un sistema di ascolto che rilevi continuamente nel tempo sia le esigenze, sia le valutazioni degli utenti, **ridefinendo e rafforzando il ruolo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**, che dovrà interagire con i responsabili delle strutture ai fini della gestione delle informazioni e delle contestazioni in maniera tempestiva, tenuto conto dell'obbligo imposto dalla normativa vigente in materia di **trasparenza**. L'effetto dovrà essere la tempestiva gestione e rendicontazione dei casi segnalati o contestati da parte dei responsabili.

D1. Intercambiabilità delle risorse umane → l'Indice di Intercambiabilità del Personale è certamente uno degli indici che meglio consente di tarare il delicato equilibrio fra costi e qualità/quantità dei servizi erogati ai Pazienti e di allineare gli sviluppi delle risorse umane alle strategie aziendali.

→ Gestire ed incrementare l'intercambiabilità dei propri collaboratori è quindi un obiettivo primario dell'Ente che dovrà riproporsi, ma la gestione dell'intercambiabilità è un metodo/modello che non si può costruire "al bisogno" ma al contrario richiede una profonda e sempre aggiornata conoscenza delle caratteristiche delle proprie risorse umane, della propria organizzazione ed un costante controllo per garantire la continuità operativa.

Questa strategia è imprescindibile per la crescita e il successo dell'Ente, ed è realizzabile implementando logiche di "team coaching" in azienda, ovvero piani di formazione aziendale che mirino a far diventare un reparto o un gruppo di lavoro più efficace e performante, favorendo la formazione fra colleghi, con l'intento di supportare l'intera organizzazione nel raggiungimento degli obiettivi.

Un tale approccio consentirà di:

- contenere al massimo i costi del personale;
- raggiungere un elevato potenziale di rotazione e sostituibilità delle risorse umane impiegate nell'organizzazione;
- garantire in ogni momento continuità assistenziale e livello qualitativo delle prestazioni ai pazienti.

→ Esplicito obiettivo è l'attivazione del registro IBD, quale punto di incontro tra conoscenza e attività effettuata sul campo clinico, rendendo noto quanto realizzato dall'UOS della Gastroenterologia.

D2. Formazione → qualificazione e riqualificazione del personale.

Puntare a sviluppare il know-how dei dipendenti al fine di consentire un'adeguata preparazione del personale impiegato nell'assistenza, nella ricerca, nei servizi di supporto e nella clinica, creando, così, anche forme di coinvolgimento e partecipazione ai processi decisionali.

implementazione attività culturali, sociali e di comunicazione dell'Ente: Concerti, Mostre, Prodotti editoriali, Comunicazione cartacea e on-line, eventi sportivi, convegni tematici

D3. potenziamento IRCCS → collaborazione della parte assistenziale all'incremento dell'Impact Factor Normalizzato (IFN).

Il 2023 vede un obiettivo sfidante rispetto all'Impact Factor, anche in virtù delle riparametrazioni che la riforma degli II.RR.CC.CC.SS., delineatasi con il D.Lgs. n.200//2022, ha assegnato per il riconoscimento di IRCCS. Per il conseguimento di tale fine gli obiettivi della ricerca devono essere coadiuvati dalla collaborazione e dal sostegno della parte assistenziale rispetto alle pubblicazioni, con la valorizzazione delle casistiche di rilievo, e alle sperimentazioni cliniche.

Il fine ultimo è quello di sensibilizzare, ancor più, la parte assistenziale sulla ricerca, utile a sviluppare il trend positivo in corso.

attività di Marketing per Chirurgia Bariatrica e per il Centro di Riferimento Regionale IBD

Gli obiettivi strategici in prospettiva pluriennale: 2023-2024

Gli orientamenti strategici riportati nella precedente esposizione riguardano il triennio 2023-2024, fermo restando gli adeguamenti che risulteranno necessari anche a seguito di interventi dettati dal governo regionale e nazionale, e con maggior rilievo si riporta:

- la riduzione delle liste di attesa, consentendo ai cittadini di accedere alle prestazioni pur risultando esaurita l'offerta a causa di una domanda molto elevata, avviando l'impostazione di un sistema che nel tempo tenga conto di assolvere al bisogno dei cittadini bisognosi di cure;

- il potenziamento dei pp.II. nelle UUOO di Chirurgia generale al fine di sostenere la previsione di incremento di produzione da SSN per ricoveri prevista per il 2023 rispetto alla chirurgia del tubo gastroenterico con l'utilizzo della robotica e dell'IBD;
- la riduzione della degenza media, quale risultato sia del potenziamento dei servizi che di una gestione più attenta della casistica, consentirebbe un aumento delle attività di ricovero e del ruolo prioritario dell'Istituto verso la cura delle patologie gastroenterologiche. Il beneficio di tali sviluppi avrebbe ricaduta su altri parametri di performance verso l'eccellenza, quali la complessità della casistica e l'incremento di produzione scientifica dovuta ad una maggiore disponibilità di casi utili alla ricerca.;
- il recepimento delle opportunità offerte dai finanziamenti del PNRR per conseguire obiettivi di miglioramento della struttura dell'Istituto e delle attività di eccellenza ivi erogate alla cittadinanza.
- il sostegno della rete ospedaliera regionale riguardo le attività no-Covid e le attività di diagnostica di laboratorio, che non può essere considerata ancora a inizio 2023, in fase di esaurimento, avendo evidenziato situazione di preoccupante ripresa dei contagi a causa dell'incognita delle varianti che rendono il fenomeno tutt'altro che concluso, richiedendo il sostegno dell'IRCCS al monitoraggio dei risvolti del contagio del virus sulla popolazione.
- La rappresentazione delle prestazioni dell'Istituto in ambito gastroenterologico per la chirurgia generale e bariatrica anche in bacini extraregionali

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi specifici

L'opportuna declinazione di quanto prospettato in capo alla direzione strategica in risposta agli obiettivi assegnati dal CIV al Direttore Generale, con gli obiettivi generali dell'Istituto 2023 e con l'applicazione del concetto del *cascading* della metodologia BSC, porta alla definizione di quanto in modo più specifico gli operatori devono realizzare con opportune attività/azioni.

Conseguire gli obiettivi significa, quindi, definire il contributo operativo di dettaglio che tutte le Unità Organizzative dell'Istituto devono eseguire per cooperare fattivamente e nelle proprie possibilità, a quanto richiesto a livello aziendale. Gli obiettivi specifici vanno definiti attraverso un'attività di negoziazione con i principali attori delle attività di performance e devono essere misurabili e raggiungibili. Tali elementi sono da ritenersi essenziali e devono contraddistinguere la corretta applicazione della discesa col *cascading*.

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e al personale del comparto

Con l'avvio del nuovo SMVP (di seguito Sistema), il cui iter di è stato completando il 09/07/2021 con la DCS n.201, sono stati definiti in modo puntuale l'insieme, coerente ed esaustivo, delle metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione delle diverse dimensioni della performance aziendale, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Amministrazione di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati sia a livello organizzativo che individuale.

La performance rappresenta il contributo che ciascuna equipe organizzata o singolo dipendente dell'istituto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'organizzazione è costituita. In considerazione dell'ampiezza del termine, l'Ente programma, monitora, misura e valuta la performance in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo (risultati e modalità di raggiungimento degli stessi) ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (organizzazione nel suo complesso, strutture complesse e semplici, singoli professionisti). Con l'attuazione di tale logica, l'istituto misura e rende pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti.

Il Sistema, costituendo di fatto la capacità dell'organizzazione di programarsi ed orientarsi nel percorso di conseguimento della propria mission, deve essere organizzato ed attuato in modo da perseguire il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e la crescita delle professionalità. A tal fine, il Sistema stesso prevede: la definizione e gestione aziendale del ciclo di gestione della performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi; - l'individuazione di un sistema di obiettivi operativi riferiti a ciascuna struttura ed indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi conseguiti; - l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei risultati organizzativi; - l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità presenti in Istituto.

In riferimento a quanto delineato dal SMVP sopra introdotto, l'assegnazione di azioni utili per raggiungere gli obiettivi, oltre a richiedere una corretta impostazione di attribuzione della funzione da svolgere da parte delle singole strutture nei confronti della strategia, deve investire correttamente anche il personale, rispettando i ruoli e le effettive competenze.

Il raggiungimento degli obiettivi richiede la definizione di azioni differenziate da parte del personale dirigenziale e del comparto, con un coinvolgimento solidale nell'ambito dello stesso contesto operativo.

I nuovi protocolli applicativi dei sistemi premianti, avviati nel corso del 2020 e entrati a regime per il 2022, regolamenteranno nel dettaglio i criteri e le modalità con cui assegnare le premialità spettanti al personale di comparto e della dirigenza, dopo la misurazione dei risultati conseguiti.

I paragrafi indicati sopra focalizzano la traduzione delle strategie affidate alla direzione strategica, da parte della Regione e dall'organo di indirizzo politico, il CIV, in obiettivi generali che dovranno trovare la loro realizzazione in capo alle strutture deputate in concreto a conseguirli, ognuna per competenza d'ambito, come obiettivi specifici. Tale trasposizione definisce i contenuti della performance organizzativa, ovvero come le strategie si traducono in obiettivi per le strutture firmatarie di budget, e quindi incaricate dal Direttore Generale di conseguire i valori attesi dagli indicatori fissati in linea con la performance richiesta all'intera organizzazione.

2.2.2.1 La performance organizzativa dei Dipartimenti

I Dipartimenti sono stati definiti con l'adozione della DDG n.624 del 6/12/2022, atto con cui tali entità sono state identificate e poi incardinate nella gerarchia del piano dei centri di costo e di responsabilità nell'allegato 1 della DDG n.705 del 29/12/2020, nel 2023 rivisti con la DDG n.65 del 8/2/2023 per l'adattamento all'assetto organizzativo nel frattempo variato dalla citata delibera. L'adozione prossima del regolamento, che si propone alle OO.SS. per il conferimento degli incarichi ai capi dipartimento, dovrà contenere le specificazioni riguardanti la performance organizzativa degli stessi.

2.2.2.2 La performance organizzativa dei Centri di Responsabilità

Vedi documento allegato alla DCS n.210 del 9/7/2021 "Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione Performance";paragrafo "LA DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE E FASI" di pagina 7.

Nel documento indicato sopra, al sottoparagrafo "Articolazione del sistema della performance", si individuano le componenti della performance organizzativa, gerarchicamente collocata al di sotto della performance aziendale e al di sopra della performance individuale. La tabella sinottica a pag. 9 e 10 di detto documento, esplicita la forma con cui la performance organizzativa è in concreto affidata ai vari centri di responsabilità per competenza e ruolo svolto, in stretto legame con gli obiettivi generali, con l'area strategica in cui intervenire e con la specificazione degli obiettivi indicatori e valori attesi con cui valutare l'obiettivo quando conseguito dal Centro di responsabilità che lo ha portato a raggiungimento. Questa tabella è nel concreto la scheda di budget che viene negoziata tra il direttore del centro e il Direttore Generale per definire in capo ai centri di responsabilità il contributo in termini di performance organizzativa.

2.2.3 La performance individuale

Vedi documento allegato alla DCS n.210 del 9/7/2021 "Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione Performance";paragrafo "SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE" di pagina 19.

Nel documento indicato sopra, si individuano le componenti della performance individuale, gerarchicamente collocata al di sotto della performance aziendale e della performance organizzativa. Si rinvia ai sottoparagrafi ivi contenuti per comprendere come sia stata implementata la performance individuale nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'IRCCS.

2.2.4 La valutazione del Direttore Generale

La valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dal Direttore Generale rispetto agli obiettivi di salute essenziali di cui all'art. 4 comma 5 lettera a) e b) della L.R. 17 del 26.05.2017 e s.m.i..

Il conseguente riconoscimento del trattamento economico integrativo del Direttore Generale trova riferimento nello stesso impianto normativo della L.R. 17/2017 all'art.5 comma 7.

2.2.5 La valutazione del Personale Sanitario Tecnico-Professionale ed Amministrativo

In applicazione di quanto previsto dai Contratti Nazionali della Sanità, l'istituto adotta con apposita regolamentazione i sistemi di valutazione permanente per la valutazione e la conferma degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione del comparto. Tali sistemi, oltre a recepire le informazioni derivanti dalle verifiche del raggiungimento degli obiettivi di performance, sia organizzative che individuale, integrano con i successivi regolamenti, le competenze in termini di professionalità, comportamenti e capacità gestionali/organizzative dei dipendenti nello svolgimento del proprio operato. Le risultanze definitive delle valutazioni in questione (valutazione positiva o negativa) vengono annotate nel fascicolo personale

di ciascun dipendente e concorrono alle dinamiche di carriera degli interessati. Di seguito il quadro dei regolamenti attualmente approvati e vigenti e di quelli con iter avviato o da avviare, fatti salvi ulteriori integrazioni ed aggiornamenti:

COMPARTO

delibera n. 425 - 28/06/2019	regolamento per la progressione economica orizzontale
delibera n. 314 - 24/06/2020	regolamento per la graduazione e l'affidamento degli incarichi di funzione;
delibera n.60-16/02/2021	protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiarne;
iter da avviare	regolamento per la valutazione degli incarichi di funzione

DIRIGENZA

delibera n. 131 - 06/03/2020	regolamento per il conferimento e graduazione incarichi dirigenziali (dirigenza Medica Sanitaria e Professioni Sanitarie)
delibera n. 61 -16/02/2021	regolamento in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie)
delibera n. 58 -16/02/2021	protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie)
delibera n. 50 - 22/04/2021	regolamento per la composizione e funzionamento dei collegi tecnici
delibera n. 232 - 23/07/2021	regolamento per il conferimento incarichi dirigenziali (dirigenza PTA);
delibera n. 305 - 11/07/2022	regolamento per la graduazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza PTA)

In evidenza sopra, oltre alle valutazioni che vengono effettuate in riferimento alla carriera professionale dei dipendenti che per completezza sono riportati, sono indicati (in grassetto) i protocolli con cui l'Istituto effettua la valutazione dei risultati di performance per la dirigenza e per il comparto, cui si rinvia per eventuali approfondimenti.

2.2.6 Trasversalità degli obiettivi

Nell'ambito dei protocolli evidenziati al paragrafo precedente, con le delibere nn. 58 e 60, per quanto relativo a progettualità trasversali di performance, ritenute strategiche da parte del Direttore Generale, è possibile, previo la condivisione con le OO.SS., la definizione di progetti che possano fissare il raggiungimento di obiettivi di performance ad ampio intervento con una premialità rilevata nella misura del 10% dai fondi contrattuali per distribuirli al personale individuato per il conseguimento delle progettualità richiesta. Il paragrafo "2.1 *Incentivazioni per attività progettuali di natura trasversale*" di tali protocolli definisce quanto di seguito si riporta fedelmente:

"Al fine di consentire il riconoscimento di incentivazioni specifiche correlate a rilevanti finalità aziendali, di natura trasversale rispetto a quelle considerate con gli obiettivi di performance, come le attività per onerosi apporti richiesti dall'organizzazione a specifici dipendenti, (ad esempio, responsabile anticorruzione e trasparenza, responsabile accreditamento qualità, conseguimento di specifici risultati della ricerca, ecc...), le disponibilità connesse al fondo per la retribuzione di risultato, possono essere ridotte, previo accordò in sede di contrattazione aziendale con le OO.SS., di un quota sino al 10%. I criteri di distribuzione della predetta quota sono oggetto di contrattazione aziendale e l'erogazione dell'incentivo legato a dette attività progettuali per ciascun beneficiario è assoggetta al rispetto della procedura di validazione finale da parte dell'OIV. 2 L'accesso a detto incentivo è riservato ad attività progettuale di natura trasversale, ossia riferibile ad impegni gestionali di carattere normativo o di scelta strategica delle direzioni non ascrivibile ad una singola struttura."

2.2.7 Collegamento della pianificazione integrata con le politiche di qualità

L'IRCCS da diversi anni è stato accreditato con la certificazione per la qualità precedentemente riconosciuta con la ISO 9001:2008, e dal 2020 con la certificazione ISO 9001:2015. Il conseguimento di tale certificazione è stato possibile utilizzando l'approccio Risk Based Thinking, necessario alla corretta analisi e gestione del Rischio.

L'utilizzo dei meccanismi di performance, riversati sulle varie strutture aziendali in termini di obiettivo indicatore e target, ha consentito l'allineamento comportamentale di tutti gli attori che svolgono ruoli in ambito sanitario ed amministrativo, consentendo di addivenire ad un cambio culturale nella gestione del rischio che ha consentito poi il raggiungimento di tale risultato. La qualità, guardando le segnalazioni di non conformità che le varie strutture hanno dovuto prendere contezza a seguito dello svolgimento non canonico nell'ottica della certificazione, hanno spinto e affinato i comportamenti nella giusta direzione, nel tempo.

2.2.8 Collegamento della pianificazione integrata con il Budget dell'IRCCS

La pianificazione integrata con il budget avviene con l'attuazione del processo di performance aziendale, al fine di essere

perfezionato, richiede affinamenti e adeguamenti al contesto nell'ottica di sensibilizzare gli operatori al controllo (cosiddetto *feedback*) col fine di orientare le attività svolte al miglioramento, segnalando le carenze e correggendo le azioni poste in campo. Il punto di partenza per avviare il ciclo della Performance è il Piano della Performance qui trattato.

Per qualsivoglia maggior approfondimento sull'argomento si rinvia al documento aggiornato riguardante il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance già introdotto al paragrafo precedente che tratta in modo organico l'argomento adottato con DSC n.210 del 09/07/2021

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della Performance

Per la corretta redazione del presente Piano è necessaria la più ampia interazione tra le diverse entità aziendali, in quanto solo la fattiva collaborazione di tutti gli attori del processo consente di far girare le informazioni e di darne coerenza. La stesura di un piano di performance carente in tal senso, renderebbe sterili le strategie volute dal direttivo, vanificando anche i migliori intenti di miglioramento e crescita.

Per quanto inerente il 2023, è stato possibile seguire in modo canonico la procedura del *cascading*, dando occasione al CIV, nella seduta di inizio anno, al giusto raccordo con la direzione strategica per orientare le strategie da porre in atto con obiettivi indicatori e target, consentendo la stesura del presente piano nel rispetto di tali indicazioni.

La prossima fase di negoziazione, processo di raccordo della parte operativa alle strategie adottate, offrirà alla Direzione Generale la possibilità di contrattualizzare con i responsabili delle strutture aziendali, partendo dagli obiettivi generali allegati al presente Piano, la definizione degli obiettivi specifici con cui realizzare la pianificazione della performance organizzativa e individuale, utile a ricondurre le attività del personale verso le prerogative delineate dal CIV e dalla regione Puglia.

I paragrafi successivi delineano le interrelazioni della performance con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (PTPCT) che sarà integrato entro il 31 marzo, con il rispetto delle norme sulla Privacy e con le previsioni dichiarate nel bilancio previsionale dell'anno 2023.

Coordinamento con il piano triennale per la prevenzione della corruzione.

Al fine di coordinare gli adempimenti nel presente Piano con la prevenzione della corruzione e la trasparenza, anche per il 2023 è stato considerato l'obiettivo strategico B2 avente come strategia aziendale "Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi".

Con l'azione "3.Implementare revisioni per il miglioramento.", e con l'indicatore di performance "Attuare le attività richieste dal PTPCT 2023 e GDPR 679/2016", valore target da raggiungere "tutte", si pone un obiettivo generale del rispetto inerente alle misure generali e specifiche anticorruzione oltre che del rispetto degli obblighi di trasparenza. Tale innesco consente di responsabilizzare i referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza a verificare le attività previste nel Piano Anticorruzione e Trasparenza e di monitorarle.

Al momento della redazione del PIAO, una delle cui sezioni è il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza, verranno definite le indicazioni specifiche riguardo alla tematica, qui considerate ai fini della misurazione del raggiungimento dell'obiettivo legato alla performance, dando rilevanza alle aree soggette a maggior esposizione corruttiva come risultante dalla mappatura dei rischi.

Coordinamento delle attività di adempimento agli obblighi di Privacy.

Gli adempimenti della Privacy richiedono di attivare, da parte delle diverse Unità Operative interessate, la gestione della compliance normativa considerando l'obiettivo strategico B2 avente come strategia aziendale "Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi", misurata attraverso l'azione "3.Implementare revisioni per il miglioramento." e con l'indicatore di performance "Attuare le attività richieste dal PTPCT 2023 e GDPR 679/2016", valore target da raggiungere "tutte",

Tale innesco permette di verificare le attività utili ed effettivamente svolte al fine di adeguare i processi a quanto richiesto dal GDPR 679/2016.

Coordinamento delle attività di adempimento agli obblighi di Trasparenza.

Le attività previste negli obiettivi per il monitoraggio degli adempimenti in materia di Trasparenza, sono collegati alla strategia dell'obiettivo B3 "Trasmettere i DATI per adempimento flussi informativi." avente come azione "Flussi di rendicontazione". Per le diverse Unità Operative, l'indicatore di performance "Giorni di ritardo rispetto alla scadenza" deve essere uguale a zero. Il risultato atteso, quindi,

rileva che la pubblicazione dei dati sulla sezione del sito identificata come "Amministrazione Trasparente", sia effettuata nei tempi richiesti nel rispetto degli obblighi informativi elencati dal D.lgs. n.33/2013.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Il Bilancio di Previsione 2023 è stato adottato giusta Delibera del D.G. n.693 del 30/12/2022 e di seguito si riporta il relativo Conto Economico proposto nella forma indicata dal D. Lgs. n. 118/2011.

Il Bilancio 2023 prevede la propria chiusura con una Perdita di Esercizio pari a €/000 633, rispetto al Pre-Consuntivo 2022 stimato avente perdita pari a €/000 15.384. Va precisato che il Pre-Consuntivo 2022 è elaborato sulla base di mere valutazioni di costi ma non di effettivi ricavi i quali saranno oggetto di reale valutazione dai competenti uffici regionali solo in fase di determinazione del Bilancio di Esercizio 2022.

Il risultato previsto per il 2023 è determinato dai costi necessari e indispensabili per assicurare la normale attività sanitaria dell'Istituto per il 2023, ed è determinato da un aumento dei costi del personale che, dai valori previsti a pre-consuntivo 2022, pari a €/000 20.808, si incrementa per €/000 2.208, per un totale della spesa che comunque risulta pari a €/000 23.016, ivi compresi il personale cosiddetto "Covid" – per €/000 511– e quello afferente alla "Piramide dei Ricercatori" – per €/000 1.917 - .

L'incidenza che sul risultato di esercizio previsto hanno i costi previsti per far fronte alla emergenza pandemica da Covid – 19, sono ipotizzati in complessivi €/000 1.270.

La strategia di rientro parziale di tale perdita non può prescindere se non da un incremento della capacità assistenziale del "De Bellis" incardinata su precisi fattori concatenati. Tali fattori vedono proprio nell'investimento sul "Personale" la chiave di volta in quanto alla base per l'aumento della produzione, risultato che questo IRCCS ha possibilità di raggiungimento, viste le proprie potenzialità.

L'assunzione di nuovo personale, avviato a partire già dall'esercizio 2022 e in incremento per il 2023, prende spunto soprattutto dalla necessità di ampliare l'offerta quali-quantitativa assistenziale dell'IRCCS, stante il proprio programma di sviluppo. Programma che prevede, come primo obiettivo, il rilancio della Chirurgia II e, all'interno, di quella cosiddetta Bariatrica.

Quanto innanzi, pertanto, fa scaturire un incremento di personale e della correlata spesa le cui procedure di arruolamento terranno presente la programmazione delle assunzioni di cui al "Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2022-2024", previsto per gli IRCCS come sopra menzionato nell'apposita sezione.

Ciò premesso,

- a fronte di un continuo monitoraggio e contenimento della spesa afferente all'acquisizione, soprattutto, di beni (sanitari e non) e servizi (sanitari e non);
- considerato il previsto buon andamento relativo al governo del debito verso i fornitori che dovrebbe permettere il raggiungimento degli obiettivi regionali in materia di Indice Tempestività Pagamenti, con conseguente abbattimento di addebiti per interessi di mora;
- a fronte di un incremento dell'appropriatezza clinica indirizzata alla diagnostica d'eccellenza e conseguente terapia mirata e innovativa, resa ancora coerente grazie all'istituzione di nuove attività in day hospital;
- puntando ad un'azione tesa a rendere organica sempre più sinergiche le attività scientifica e clinica in un contesto sempre più traslazionale;
- nell'ottica delle integrazioni con i Medici di Medicina Generale e Territorio per lo sviluppo di programmi di prevenzione nell'ambito nutrizionale e di processi diagnostico terapeutici delle patologie gastroenterologiche;
- si prevede di ridurre la perdita come prevista incrementando i ricavi nelle voci afferenti alla Mobilità per Attività Ospedaliera e specialistica nei diversi settori operativi dell'Ente.

La previsione di un incremento della produttività poggia su basi concrete che derivano dall'analisi epidemiologica della sanità nel territorio dove l'IRCCS insiste. Un territorio che abbraccia il sud est barese coprendo gran parte del brindisino e del tarantino, fino a sconfinare nella fascia ionico-lucana, territori che dall'analisi epidemiologica appaiono privi di offerte, altamente specialistiche in campo gastroenterologico. Ruolo fondamentale, in questo contesto avrà la Chirurgia Oncologica, stante l'individuazione dell'IRCCS quale centro di eccellenza e di riferimento della rete oncologica pugliese. L'incremento prevedibile delle prestazioni chirurgiche si gioverà, oltre che della Chirurgia Bariatrica per obesi, dell'attivazione della seconda UOC di Chirurgia Generale "Epato-bilio-pancreatica-laparoscopica avanzata", che comporterà un incremento complessivo di 15 p.l..

CONTOECONOMICO				Importi: Euro		Importi: Euro	
Bilancio Preventiva 2023 - IRCCS "S. de Bellis" Castellana Grotte							
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Lgs. n. 118/2011							
	Bil. Preventivo 2023	Preconsuntivo 2022	Consuntivo 2021	VARIAZIONE Preventivo 2023-Preconsuntivo 2022		VARIAZIONE Preventivo 2023-Consuntivo 2021	
				Importo	%	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE							
1) Contributi in c/esercizio	15.765.500	10.614.833	18.500.332	5.150.667	49%	-2.734.832	0%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	9.955.000	8.614.833	10.582.358	1.340.167	16%	-627.358	-6%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	2.193.000	-	2.493.100	2.193.000	0%	-300.100	-12%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	2.193.000	-	1.338.835	2.193.000	0%	854.165	64%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	0%	-	0%
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-	0%	-	0%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altra	-	-	-	-	0%	-	0%
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	-	446.141	-	0%	-446.141	-100%
6) Contributi da altri soggetti pubblici	-	-	708.124	-	0%	-708.124	-100%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	3.617.500	2.000.000	5.424.524	1.617.500	81%	-1.807.024	-33%
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	3.292.500	1.800.000	3.612.648	1.492.500	83%	-320.148	-9%
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	107.431	-	0%	-107.431	-100%
3) da Regione e altri soggetti pubblici	64.000	-	1.446.510	64.000	0%	-1.382.510	-96%
4) da privati	261.000	200.000	257.935	61.000	31%	3.065	1%
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	350	-	0%	-350	-100%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad Investimenti	-500.000	-350.000	-	-150.000	43%	-500.000	0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.055.500	2.426.161	442.447	-370.661	-15%	1.613.053	365%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	16.338.500	25.131.444	27.183.525	11.207.056	45%	9.154.975	34%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	13.381.500	23.426.525	25.156.995	9.954.975	42%	8.225.105	33%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - intramoenia	2.646.000	1.617.326	1.741.182	1.028.674	64%	904.818	52%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - altro	311.000	87.593	285.948	223.407	25%	25.052	5%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	79.000	94.011	108.368	-10.111	-16%	-29.368	-27%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	800.000	760.999	684.353	39.001	5%	115.647	17%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.490.000	2.348.642	2.446.502	141.358	6%	43.498	2%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	31.500	13.998	14.191	17.502	125%	17.307	12%
9) Altri ricavi e proventi	-	-	-	-	0%	-	0%
Totale A)	57.060.000	41.040.088	49.379.720	16.019.912	39%	-7.680.280	-16%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE							
1) Acquisti di beni	13.593.500	12.165.967	12.848.268	1.427.533	12%	745.232	6%
a) Acquisti di beni sanitari	13.410.500	12.043.289	12.618.367	1.367.211	11%	792.133	6%
b) Acquisti di beni non sanitari	183.000	122.678	229.901	60.322	49%	-46.901	-20%
2) Acquisti di servizi sanitari	3.457.730	3.382.278	3.821.210	75.452	2%	-363.480	-10%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-	-	0%	-	0%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-	-	0%	-	0%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-	70.703	62.967	-70.703	-100%	-62.967	-100%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-	-	0%	-	0%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-	-	0%	-	0%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-	-	0%	-	0%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-	-	-	0%	-	0%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	0%	-	0%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-	-	0%	-	0%
k) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-	700	-	0%	-700	-100%
l) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	-	-	-	-	0%	-	0%
m) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	0%	-	0%
n) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	2.264.730	913.792	1.144.540	1.350.938	148%	1.120.190	98%
o) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	-	737.771	-	0%	-737.771	-100%
p) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	918.000	1.081.127	1.428.567	-163.127	-15%	-510.562	-36%
q) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	275.000	1.316.656	446.670	-1.041.656	-79%	-171.670	-38%
r) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-	0%	-	0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	8.327.000	8.920.054	7.361.554	-593.054	-7%	965.446	13%
a) Servizi non sanitari	8.107.000	8.497.389	7.083.152	-390.389	-5%	1.023.848	14%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	70.000	376.782	221.821	-306.782	-81%	-151.821	-68%
c) Formazione	150.000	45.883	56.580	104.117	227%	93.420	165%
4) Manutenzione e riparazione	2.708.000	1.978.048	2.224.352	729.952	37%	483.648	22%
5) Godimento di beni di terzi	4.120.000	2.782.593	2.778.372	1.337.407	33%	1.845.174	43%
6) Costi del personale	23.015.900	20.756.995	20.201.820	2.258.905	11%	2.814.080	14%
a) Personale dirigente medico	7.635.900	7.431.113	7.151.827	204.787	3%	484.073	7%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	2.099.000	1.784.019	1.688.092	314.981	18%	410.908	24%
c) Personale comparto ruolo sanitario	7.256.300	6.954.188	6.770.147	302.112	4%	486.153	7%
d) Personale dirigente altri ruoli	556.900	498.869	437.531	98.031	20%	159.369	36%
e) Personale comparto altri ruoli	3.633.400	3.341.094	3.347.267	292.306	8%	286.133	8%
f) Personale comparto altri ruoli - Ric. Sanitaria	1.794.400	747.712	806.956	1.046.688	140%	987.444	122%
7) Oneri diversi di gestione	1.291.000	1.132.603	1.376.222	158.397	14%	-85.222	-6%
8) Ammortamenti	2.708.900	2.681.196	2.611.554	27.704	1%	97.346	4%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	77.000	75.661	73.696	1.339	2%	3.304	4%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	806.000	774.956	754.740	25.134	3%	45.260	6%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.831.900	1.830.668	1.783.118	1.232	0%	48.782	3%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	0%	-	0%
10) Variazione delle rimanenze	-	21.631	272.184	-21.631	-100%	-272.184	-100%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	28.571	266.302	-28.571	-100%	-266.302	-100%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-6.940	5.883	6.940	-100%	-5.883	-100%
11) Accantonamenti	1.987.200	1.233.235	2.423.408	753.965	61%	-436.208	-18%
a) Accantonamenti per rischi	800.000	80.000	-	720.000	90%	800.000	0%
b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-	-	0%	-	0%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	-	381.797	1.645.037	-381.797	-100%	-1.645.037	-100%
d) Altri accantonamenti	1.187.200	-	415.768	-	0%	-	0%
Totale B)	51.209.230	55.054.599	55.415.399	6.151.631	11%	5.732.831	11%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-4.149.230	-14.014.511	-6.035.679	9.868.281	70%	1.486.449	-11%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI							
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-	402	-	0%	-402	-100%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	20.000	1.293	2.801	18.707	144%	17.199	61%
Totale C)	-20.000	-1.293	-2.399	-18	144%	-17.601	73%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE							
1) Rivalutazioni	-	-	-	-	0%	-	0%
2) Svalutazioni	-	-	-	-	0%	-	0%
Totale D)	-	-	-	-	0%	-	0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI							
1) Proventi straordinari	-	431.675	2.935.071	-431.675	-100%	-2.935.071	-100%
a) Plusvalenze	-	-	-	-	0%	-	0%
b) Altri proventi straordinari	-	431.675	2.935.071	-431.675	-100%	-2.935.071	-100%
2) Oneri straordinari	-	274.402	616.395	-274.402	-100%	-616.395	-100%
a) Minusvalenze	-	-	-	-	0%	-	0%
b) Altri oneri straordinari	-	274.402	616.395	-274.402	-100%	-616.395	-100%
Totale E)	-	157.273	2.318.676	-157.273	-100%	-2.318.676	-100%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	-4.169.230	-13.858.532	-3.719.402	9.699.302	70%	-449.828	11%
V) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO							
1) IRAP	1.848.730	1.508.720	1.571.165	340.010	23%	277.565	18%
a) IRAP relativa a personale dipendente	1.543.300	1.293.590	1.351.056	249.710	19%	192.244	14%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	106.700	120.754	131.083	-14.054	-12%	-24.389	-19%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	198.730	94.376	89.026	104.354	111%	109.704	123%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-	0%	-	0%
2) IRES	15.000	19.662	-	-4.662	-24%	15.000	0%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	0%	-	0%
Totale V)	1.863.730	1.528.382	1.581.165	335.348	21%	292.565	19%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-6.032.960	-15.386.914	-5.290.567	9.353.954	-61%	-742.393	14%
Contributo a copertura	6.032.960	-	-	-	-	-	-

Sezione 3: Rischi corruttivi e trasparenza

Questa sezione, in virtù del comunicato del Presidente dell'ANAC del 17/01/2023 pubblicato in data 24/01/2023, che ha posticipato le scadenze dalla prospettiva dall'Autorità al 31/03/2023 relativamente alla sezione in trattazione, è stata integrata il 31/03/2023, ex-post rispetto alla prima stesura del PIAO 2023-2025 adottato il 31/01/2023 con deliberazione n.39.

3.1 Rischi corruttivi e trasparenza

La legge 6 novembre 2012 n. 190 si inquadra negli indirizzi della normativa internazionale in tema di lotta alla corruzione con la scelta di rafforzare la prevenzione accanto allo strumento della repressione. A fronte della pervasività del fenomeno si è ritenuto di incoraggiare strategie di contrasto che anticipino la commissione delle condotte corruttive.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

Sulla base degli indirizzi e dei supporti messi a disposizione dall'ANAC, mediante l'azione affidata al RPCT, l'IRCCS potrà aggiornare la pianificazione secondo canoni di semplificazione calibrati in base alla tipologia di amministrazione. In particolare, la sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, potrà contenere:

- Valutazione di impatto del contesto esterno per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.
- Valutazione di impatto del contesto interno per evidenziare se la mission dell'ente e/o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa.
- Mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico (cfr. 2.1.).
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esito positivo).
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo.

Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.

- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.
- Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.

Ai fini del presente piano il concetto di corruzione è inteso in senso lato come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso di attività propriamente amministrative o tali in connessione ad attività sanitarie, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, sono pertanto più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate negli artt. 318, 319 e 319 ter c.p.

Sono, altresì, ricomprese quelle situazioni previste dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n. 231/01 e ricomprese nell'intera gamma dei "Delitti contro la pubblica amministrazione" disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale in parte modificati dalla stessa Legge 190/2012.

L'ANAC (Autorità) ritiene opportuno precisare, pertanto, che naturalmente con la legge 190/2012 non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione ma per la prima volta in modo organico si introducono e, laddove già esistenti, si mettono a sistema misure che incidono e configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

La presente sezione (quale evoluzione del PTPCT nell'ottica del PIAO) è uno strumento di programmazione che indica le attività svolte in termini di prevenzione della corruzione e gli intenti da conseguire nel corso del triennio al quale si riferisce. Tale programmazione pone in stretta correlazione con il Piano della Performance redatto ai sensi del D. Lgs. 150/2009, col fine di integrare le intenzioni di prevenzione della corruzione a correlati obiettivi da raggiungere in concreto dai dipendenti dell'amministrazione, congiuntamente alla sezione di formazione del personale. L'IRCCS Saverio de Bellis adempie al dettato normativo mediante l'approvazione del presente PIAO 2022-2024 revisionando le attività implementate precedentemente

per la prevenzione della corruzione e trasparenza, apportando in prima applicazione, per quanto possibile, le indicazioni e i contenuti dell'ultimo PNA approvato con deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 e quanto l'ANAC ha reso noto nell'ultimo incontro in videoconferenza con gli RPCT dei vari Enti della PA dal titolo "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", ovvero di non adottare un PNA 2021, successivo al 2019, per non aggiungere ulteriori varianti allo scenario di cambiamento annunciato dal PIAO.

3.1.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza verso il PIAO 2023-2025.

La presente sezione del PIAO, in prosecuzione del PTPCT 2022-2024, è un atto formale che attesta ed espone la politica di prevenzione del rischio corruttivo che l'IRCCS intende perseguire al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento in attuazione della Legge 190 del 2012.

Ritenuto, pertanto, che la ratio della L. 190/12 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione sopra indicati, il presente piano mira a individuare e a scoraggiare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.lgs. n.165/01 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, quei comportamenti dei propri dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il Pubblico Impiego e in particolare i casi anche quando venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione (cd *maladministration*).

La sezione si il presente Piano si applica a tutti i dipendenti dell'IRCCS e recepisce dinamicamente le modifiche alla legge, ai decreti attuativi, alle circolari, alle linee guida, alle direttive nonché le eventuali prescrizioni del piano nazionale anticorruzione dell'ANAC.

In prima applicazione i Responsabili delle unità operative complesse e semplici intendendo quelle dipartimentali a valenza aziendale e incardinate in una complessa, sono tenuti a notificare il Piano ai rispettivi dipendenti; esso, inoltre, a cura dell'Amministrazione sarà reso disponibile a tutti i dipendenti mediante comunicazione del numero della delibera di adozione del Piano per mezzo delle email aziendali.

All'atto dell'assunzione in servizio dovrà essere riportata formale dichiarazione nei contratti individuali di lavoro della consegna e ricevuta di copia del presente Piano con indicazione dell'indirizzo del sito web aziendale per la conoscibilità dei successivi aggiornamenti che il dipendente si renderà parte diligente di consultare e che in tal modo si riterranno conosciuti e notificati.

3.1.1.1 Oggetto e riferimenti normativi

Con riferimento a quanto inerente agli aspetti normativi riguardanti la materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si riporta un sintetico riferimento delle disposizioni aggiornate emanate sino alla data di predisposizione del presente PTPCT, che comprende non solo le disposizioni normative ma anche le circolari e le linee guida emanate a scopi interpretativi o di indirizzo di cui si è tenuto conto nella redazione del presente piano.

La novità di ricomprendere e semplificare, integrando fra loro, le varie sezioni del PIAO, è sicuramente un processo che richiede passaggi successivi per giungere ad un tale risultato. Una per tutte è il coinvolgimento generale degli attori dei diversi piani di programmazione identificati dal PIAO, che devono essere coinvolti in una cabina di regia per operare assieme i cambiamenti, in modo armonizzato rispetto a tutte le sezioni coinvolte nel processo di semplificazione e integrazione delle attività svolte in seno all'organizzazione.

Normativa di riferimento

- L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione";
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del PNA;
- D. Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- D.P.R. 62/20 13 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- D.lgs. 39/20 13 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- PNA predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall'A.N.AC. con delibera n. 72/20 13 del 11.09.2013;
- D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese" convertito con modificazioni dalla L. 221/2012;
- D.L. 31 agosto 2013, n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito con L. 125/2013;
- Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti" elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico

- a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013 in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;
- Delibera A.N.AC. 75/2013: "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001)";
 - D.L. 24 giugno 2014 n. 90 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" convertito con modificazioni dalla L. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all'A.N.AC. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, c. 4, 5, e 8 della L. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all'art. 48 del D.lgs. 33/2013;
 - Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento approvato dall'A.N.AC. il 9 settembre 2014;
 - Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario";
 - Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con determinazione n.12 del 28 ottobre 2015;
 - Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»
 - Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici
 - PNA 2016 deliberazione ANAC n. 831 del 03 agosto 2016
 - Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
 - Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018
 - Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
 - Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019;
 - Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 - Delibera n. 586 del 26 giugno 2019;
 - Regolamento per la gestione del Casellario Informativo dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 213, comma 10, d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, approvato con delibera ANAC n. 861 del 2.10.2019;
 - Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità di cui al d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 approvato dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 920 nell'adunanza del 16 ottobre 2019;
 - Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019.
 - Vademecum "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" approvato dal consiglio dell'Autorità il 2/2/2022
 - Delibera ANAC n.7 del 17.01.2023- Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Il PNA 2022, ultima novità nel quadro normativo di riferimento, ha dettato significative raccomandazioni riguardo agli impegni assunti con il PNRR che vedono le pubbliche amministrazioni stimolate verso l'innovazione e l'organizzazione comportando maggiori sollecitazioni nel settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente insiste l'intervento dell'ANAC rispetto alla prevenzione della corruzione. In tale scenario, e in conformità a quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», l'Autorità adottando il PNA 2022 definisce l'atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni e per gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa con durata triennale che per l'IRCCS è la sezione corrente sezione del PIAO.

Nella parte generale un approfondimento è stato dedicato al divieto di pantouflage, ipotesi di conflitto di interessi da inquadrare come incompatibilità successiva.

Per questo IRCCS, relativamente alla parte generale si rilevano le seguenti raccomandazioni riguardo:

- la "Check-list per la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO";
- un modello utile a costruire la sezione dedicata alla trasparenza del PTPCT o del PIAO.
- il RPCT e la struttura di supporto

per la parte speciale del PNA 2022, dedicata ai contratti pubblici, sono stati elaborati specifici Allegati intesi come strumenti di ausilio per le amministrazioni relativamente a:

- Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici;
- Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici;
- Contenuti del bando tipo n. 1/2021;
- Check-list per gli appalti".
- Obblighi di pubblicazione in A.T., sottosezione "Bandi di gara e contratti": elenco dati da pubblicare per i contratti pubblici.

Il PIAO in concreto è la misura che concorre all'adeguamento degli apparati amministrativi alle esigenze di attuazione del PNRR.

Ciò significa anche ridurre gli oneri amministrativi e le duplicazioni di adempimenti per le pubbliche amministrazioni e, come affermato dal Consiglio di Stato, “evitare la autoreferenzialità, minimizzare il lavoro formale, valorizzare il lavoro che produce risultati utili verso l'esterno, migliorando il servizio dell'amministrazione pubblica”.

Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l'intervento dell'ANAC col PNA 2022, investendo questo Istituto a quanto necessario per implementare le misure specifiche da considerare al riguardo, rispetto ai rischi individuati dallo stesso PNA.

Di seguito sono riportati i reati contro la Pubblica Amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I del Codice Penale:

Norma di riferimento Reato presupposto

- Art. 314 c.p. – (Peculato)
- Art. 316 c.p. – (Peculato mediante profitto dell'errore altrui)
- Art. 316 bis c.p. – (Malversazione a danno dello Stato)
- Art. 316 ter c.p. – (Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato)
- Art. 317 c.p. – (Concussione)
- Art. 318 c.p. – (Corruzione per un atto d'ufficio)
- Art. 319 c.p. – (Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)
- Art. 319 bis c.p. – (Circostanze aggravanti)
- Art. 319 ter c.p. – (Corruzione in atti giudiziari)
- Art. 319 quater cp – (Induzione indebita a dare o promettere utilità)
- Art. 320 c.p. – (Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio)
- Art. 321 c.p. – (Pene per il corruttore)
- Art. 322 c.p. – (Istigazione alla corruzione)
- Art. 322 bis c.p. – (Peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e Stati esteri)
- Art. 322 ter c.p. – Confisca;
- Art. 323 c.p. – Abuso d'ufficio;
- Art. 323 bis c.p. – Circostanza attenuante;
- Art. 325 c.p. – Utilizzazione di invenzioni o scoperte conosciute per ragione di ufficio;
- Art. 326 c.p. – Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio;
- Art. 328 c.p. – Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione;
- Art. 329 c.p. – Rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica;
- Art. 331 c.p. – Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità;
- Art. 334 c.p. – Sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa;
- Art. 335 c.p. – Violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa;
- Art. 335 bis c.p. – Disposizioni patrimoniali.

3.1.1.2 Organizzazione per la prevenzione della corruzione

3.1.1.2. a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) per l'IRCCS è il dott. Michele Albino Di Lorenzo, dirigente amministrativo con incarico di base, nominato con deliberazione del Direttore Generale n.15 del 22/01/2021. Rispetto a quanto raccomandato dal PNA 2022 relativamente al rispetto del requisito di profilo integerrimo del RPCT, si ritiene che l'attuale incaricato sia rispettoso di quanto raccomandato al riguardo nell'allegato n.1 alla deliberazione ANAC n.7 del 17/01/2023.

3.1.1.2. b Struttura di supporto al RPCT

Non è stata definita una struttura di supporto al RPCT nell'assetto organizzativo dell'Istituto. Le attività sono svolte dal RPCT con l'ausilio degli uffici amministrativi che all'occorrenza, con le direttive del RPCT, operano al fine di consentire la disponibilità informativa necessaria alla rilevazione del bisogno che scaturisce dai monitoraggi sulla prevenzione della corruzione e degli obblighi informativi della trasparenza. In particolare nel corso dell'anno 2022 è stato inserito nella progettualità trasversale legata alla performance riconosciuta al RPCT, anche la figura di un collaboratore amministrativo, avente il compito di seguire gli aspetti inerenti la Trasparenza, al fine di coadiuvare, per quanto possibile, le attività in capo al RPCT compatibilmente con le attività d'ufficio di appartenenza affidate al collaboratore designato, per una collaborazione mirata all'espletamento degli adempimenti di programmazione monitoraggio e formazione riguardanti la trasparenza, come il registro degli accessi agli atti, le pubblicazioni dell'Amministrazione Trasparente, aggiornamento degli obblighi informativi di cui all'allegato 1 del D.Lgs. n.33/2013.

3.1.1.2. c Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il piano qui riformulato nell'ottica di sezione del PIAO, non ha cambiato la configurazione adottata con il PTPCT 2022-2024, mantenendo sostanzialmente le prerogative e le modalità con cui è stato identificato il percorso di prevenzione della corruzione e di trasparenza dichiarato a fine documento nell'allegato b) al presente PIAO-2023-2025, in cui sono stati riportati gli aggiornamenti rivenienti dalle riflessioni fatte sia da parte del RPCT che da parte dei referenti del RPCT e dei cittadini, dopo l'avviso pubblico portato all'attenzione di detti stakeholder sulle pagine degli avvisi in evidenza del sito aziendale, con scadenza di comunicare entro il 20/01/2023 mediante apposito modulo. Va specificato che malgrado la pubblicazione sul sito, l'avviso non ha riscosso alcuna segnalazione di suggerimento.

3.1.1.3 Gestione del rischio

La metodologia di analisi del rischio, nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione, si caratterizza per l'individuazione di ambiti (fattori abilitanti) la cui modalità di gestione può determinare l'eventuale insorgenza di rischi corruttivi.

La metodologia di mappatura è stata reiterata dalle analisi applicate nei precedenti PTPCT, andando ad ampliare e migliorare quanto individuato con i monitoraggi e apportando l'analisi e valutazione del rischio effettuate in approfondita e ampia discussione con i referenti. Nel corso del 2022, infatti, la seduta della Formazione per i referenti ed il RPCT, ha trovato negli approfondimenti e nella trattazione con il Formatore esterno, designato all'attività di approfondimento degli argomenti della prevenzione della corruzione e trasparenza, interessanti spunti riflessivi e concrete indicazioni elaborate, a seguito di tale impulso, con suggerimenti documentati che sono stati inseriti nell'allegato b) al presente PIAO-2023-2025. Le note protocollo in tema di monitoraggio per la prevenzione della corruzione, rappresentate anche con la relazione annuale del RPTC e aventi protocollo con note dal n.14894 al n.14905 sono evidenza di tale percorso. I riscontri pervenuti sono stati considerati materiale di aggiornamento per il nuovo PTPCT 2023. Va rilevato d'altronde che diversi referenti non hanno risposto al monitoraggio, ciò richiedendo maggiore spinta sulla misura generale della formazione per sensibilizzare l'importanza di tali indicazioni sul monitoraggio e sulla miglioramento delle misure specifiche.

La presente sezione, infatti, rappresenterà il mantenimento delle impostazioni effettuata nei precedenti PTPCT, mantenendo una sostanziale conservazione nella valutazione del rischio alla luce delle indicazioni fornite dal PNA 2019. In particolare, per quanto attiene alla individuazione degli eventi a rischio, il PNA 2019 suggerisce di effettuare un'approfondita analisi dei "fattori abilitanti" dei fenomeni corruttivi, ossia "i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione" e che consentono "di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi". Nelle successive tabelle la sintesi di quanto attualmente individuato e a seguire delle novità riportate dal PNA 2022 rispetto ai comportamenti a rischio:

Comportamento a Rischio: rilevazioni pregresse
Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara;
Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale;
Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
Abuso nei processi finalizzato al reclutamento di collaboratori e ricercatori particolari;
Accordi per vantaggi personali
Affidamenti incarichi a professionisti non specializzati nelle materie trattate;
Alterazione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.
Alterazione delle verbalizzazioni e delle procedure sanzionatorie per agevolare determinati soggetti;
Alterazione orine cronologico flusso incentrata e omissioni e ritardi flusso in uscita
Collusione con Sponsor
Conflitto di interessi;
Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ);
Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente
Discrezionalità dei criteri di selezione o di scelta del destinatario della borsa di studio da attribuire;
Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
Elusione delle regole per la corretta concorrenza ed esecuzione dei contratti;
Emissione di fatture con dati volutamente difforni da quelli indicati nei contratti e documenti di supporto;
Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
Fornire al paziente informazioni distorte su modalità e tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale per vantaggi personali
Gestione cassa economale non trasparente e in maniera non verificabile;
Impropria gestione delle prenotazioni e dei livelli di priorità liste attese per vantaggi personali;
Impropria liquidazione;
Inadeguata programmazione
Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata;
Incarichi legali esterni e CTP a stessi soggetti;
Inerzia nell'emissione delle fatture;
inserimento artificioso o manomissione di dati per vantaggi personali
Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione;
Liquidazione di compensi non dovuti o sovradimensionati;
Mancata determinazione an e quantum pretesa risarcitoria;
Mancata o viziata applicazione del tariffario forense;

Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale;
Mancato accertamento di violazione di leggi;
Mancato rispetto del contratto di conferimento di incarico
Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge;
Nomina di commissari compiacenti orientati a favorire un partecipante alla selezione;
Nomina di un candidato con requisiti non coerenti;
Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità;
Omesso e inopportuno controllo Durc per trarne benefici personali;
Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti;
Omissione dei controlli di merito;
Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria
Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi;
Pagamento di fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture;
Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente;
Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa;
Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni;
possibile manomissione dell'ordine di inserimento dei pazienti per vantaggi personali ;
Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;
Proposta di nominativo pilotata;
Registrazione di fatture senza collegarle a ordini e bolle per favorire un fornitore o per realizzare quanto posto in essere mediante la creazione di falsa fattura;
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte dell'operatore sanitario)
Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci;
Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino;
Scelta discrezionale dei laboratori e delle strutture a cui richiedere prestazioni/consulenze non eseguibili all'interno dell'Istituto per vantaggi personali
Segnalazione in anticipo del decesso a una specifica impresa funebre in cambio di una ricompensa;
Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte
Svolgimento della libera professione in orario di servizio;
Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;
Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
Utilizzo inappropriato o distrazione delle risorse per vantaggi personali;
Violazione degli obblighi di fatturazione
Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici;

Comportamento a Rischio: rilevazioni PNA 2022

Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara;
Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale

Si elencano le misure specifiche mitigate dal passato:

Misure Specifiche
<i>Divieto di abuso della procedura di affido diretto</i>
<i>Gestione agende liste attesa tramite CUP</i>
<i>Informatizzazione liste di attesa</i>
<i>Evidenza pubblica di tutte di tutte le sperimentazioni attive presso l'Ente e Responsabile</i>
<i>Monitoraggio costi e tempi di assegnazione per evitare proroghe vietate</i>
<i>Monitoraggio del rispetto dei tempi di attuazione accessibilità alle informazioni</i>
<i>Negoziazione volumi attività in ALPI</i>
<i>Obblighi di riservatezza</i>
<i>Regole di condotta</i>
<i>Rotazione incarichi</i>
<i>Standardizzazione procedure</i>
<i>Tracciabilità dei flussi informativi relativi alle autorizzazioni per sperimentazioni</i>
<i>Trasparenza</i>
<i>Trasparenza interna</i>
<i>Verifica periodica della sussistenza dei requisiti per svolgimento ALPI</i>
<i>Verifica procedure a cura del Dirigente</i>
<i>Verifica stato avanzamento da parte del direttore dell'esecuzione del contratto</i>

Si tratta di dati che vengono esplicitati all'interno delle nuove matrici per facilitare gli uffici nella rilevazione.

A seguito della trattazione prima descritta sono stati indicate le ulteriori nuove misure specifiche da aggiungersi su suggerimento dei referenti interpellati alla riflessione:

NUOVE Misure Specifiche richieste dai referenti e inserite nel PIAO	Criticità individuate
<i>Divieto erogazione prestazioni ALPI non di specialità gastroenterologica</i>	<i>indagini diagnostiche su cute</i>
<i>Divieto di svolgere prestazioni con metodiche speciali non a nomenclatore</i>	<i>specialità inappropriate</i>
<i>Correttezza informativa all'utenza prestazioni Istituzionali e ALPI</i>	<i>differenza dei tempi di prenotazione</i>
<i>Applicazione Piano recupero liste di attesa</i>	<i>mancata applicazione direttive</i>
<i>Rispetto del Piano Assunzionale Ricerca</i>	<i>assunzioni non programmate nel piano</i>
<i>Evidenza pubblica delle collaborazioni istituite</i>	<i>occultamento delle attività di collaboraz</i>
<i>Presenza effettiva di urgenza in caso del non rispetto della posizione in lista di attesa</i>	<i>Anticipare ricoveri non urgenti</i>

Al fine di dare attuazione alle indicazioni sopra riportate, sono stati rilevati i fattori abilitanti e la loro specifica rappresentazione all'interno delle schede attraverso l'inserimento di una colonna ulteriore ad essi riservata. In tal modo si è inteso, altresì, implementare, anche per il futuro, l'esercizio dei controlli spettanti al RPCT in merito alle scelte operate dagli uffici, valutando l'idoneità delle misure programmate anche in relazione ai predetti fattori e richiedendo, ove necessario, ulteriori elementi informativi. Per il 2022 si è rilevata la difficoltà oggettiva di effettuare i monitoraggi in capo alla figura del

RPCT, denotando l'importanza di portare a sostegno dello stesso una struttura di supporto efficace, atta a realizzare l'attuazione dell'orientamento nei modi e nelle forme necessarie e auspiccate dal PNA 2022 nell'allegato 3, verso la progressiva attuazione di una cultura di prevenzione della corruzione, basata sulla deterrenza. Molto è stato fatto, specie con la formazione, ma il processo iniziato richiederà progressivi aggiustamenti per poter materializzare gli intenti nel concreto, come richiede la norma.

Sempre in un'ottica implementativa, è stata effettuata sulle articolazioni dell'Ente una formalizzazione degli eventi a rischio, che nel futuro dovrà svolgersi anche *“tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi (processo o attività) si riporta la descrizione di tutti gli eventi rischiosi che possono manifestarsi”*.

In un'ottica di gradualità dell'azione preventiva, si ritiene necessario differire la definitività della stesura del registro dei rischi, atteso che quest'ultimo presuppone un'ulteriore attenta analisi e ponderazione dei comportamenti a rischio corruzione in rapporto ai processi ed alle attività svolte dagli uffici. Allo stato, infatti, tale intervento risulta prematuro ed in fase embrionale, in considerazione della completa rinnovazione delle matrici di mappatura e della nuova metodologia approntata per procedervi. Per la presente annualità, dunque, si è inteso mantenere all'interno del file di mappatura, utilizzando l'applicativo Access, schede per la identificazione dei rischi e per il seguente processo di gestione del rischio nei suoi elementi essenziali. La partenza con aspetti di effettiva sperimentazione del sistema di prevenzione così definito potrà nel tempo, con le opportune analisi, consentire a raccolta dei dati ai fini di una coerente e più dettagliata catalogazione dei rischi.

Lo studio sui comportamenti, sia nell'ambito dell'analisi del contesto interno sia di quello esterno, dovrà essere supportato dall'applicazione di un metodo scientifico, che presuppone un'analisi e verifica nel peculiare contesto amministrativo in cui i vari operatori agiscono. Ecco quanto identificato su tale contesto e considerato nell'allegato b) al presente PIAO-2023-2025:

L'applicazione meccanica della tecnica suggerita dall'Allegato 5 del PNA del 2013 spesso ha restituito, risultati non completamente conformi alla realtà con una conseguente sottovalutazione del rischio.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione nella stesura dei precedenti Piani ha privilegiato un sistema di misurazione quantitativo, piuttosto che qualitativo. Ma va sottolineato che dal momento dell'assegnazione della responsabilità all'attuale RPCT, tale adeguamento è stato rivisto e corretto già nel PTPCT 2021 e 2022. Il 2023 risulta in linea con indicazioni normative e di pianificazione dei vari PNA succedutisi fine all'attuale PNA 2022.

3.1.1.3. a Analisi del contesto

La prima macro-fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto, in cui l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie a identificare il rischio corruttivo in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno). La necessità di tutelare il valore pubblico di cui si è parlato nell'apposita sezione, trova in questa trattazione dei rischi corruttivi quanto importante implementare per conservarne e preservarne la realizzazione, per i vari ambiti discussi. Il sistema vigente nel piano di cui all'allegato B) del presente PIAO 2023-2025 tratta in modo adeguato la deterrenza. Il contesto, sia interno che esterno, ha trovato un aggiornamento particolare sulle modalità di gestione dei finanziamenti, implementando misure che ne preservino il più corretto utilizzo per fini sociali e non personali, come focalizzato dal PNA 2022.

3.1.1.3. a1 Contesto esterno

Nella loro ratio i PNA antecedenti il PNA 2022 hanno stimolato le amministrazioni a riportare nei Piani le informazioni riguardanti il contesto esterno ed interno, con riferimento ad eventi di illegalità nell'ambito pubblico, emersi e registrati nell'ambito territoriale di interesse. L'inquadramento del contesto presume un'attività attraverso la quale è possibile far emergere le notizie e le informazioni necessarie all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono impattare sull'Azienda, in virtù delle molteplici specificità derivanti dal contesto, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali; nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali.

La rilevanza di cittadini di età anagrafica elevata rispetto ai giovani è un indicatore che ovviamente evidenzia il tessuto socioeconomico dell'ambito territoriale comunale in cui si trova ad operare l'Istituto con una notevole affluenza di assistiti sia dai comuni limitrofi e soprattutto dai bacini interregionali, risultando la specializzazione "gastroenterologica" alla qualificazione di ente di diritto pubblico di rilievo nazionale. Il numero dei ricoveri della Regione Puglia negli ultimi 10 anni è progressivamente diminuito, tale riduzione è avvenuta principalmente a carico dei ricoveri in regime ordinario. I dati dell'IRCCS rispecchiano tale andamento, i quali hanno evidenziato una stabilizzazione dei R.O. negli ultimi anni con incremento delle prestazioni in Day Service e Day Hospital con un incremento della complessità della casistica trattata. Il potenziamento della Chirurgia Generale con il reclutamento di un primario di indiscussa fama per le capacità di trattare casistiche complesse, certamente sta comportando una crescita dell'attività, con risvolti di valore pubblico, che a breve saranno rilevabili in modo significativo.

Tale andamento è giustificato da due ordini di motivi: 1. scelta strategica territoriale della Regione Puglia, che finalmente ha riconosciuto l'IRCCS istituto di riferimento per la gastroenterologia dando ad esso la possibilità di allargare l'offerta Gastroenterologica, assegnando (con DGR n.1933 del 30.11.2016) nuove UU.OO., quali l'Oncologia e Malattie Endocrine-Metaboliche, strutture ad oggi attivate oltre che il riferimento regionale dell'UOSD IBD, altro fiore all'occhiello nella trattazione delle patologie gastroenterologiche; 2. capacità della direzione strategica di ammodernare il modello organizzativo e renderlo adeguato alle esigenze della popolazione rispetto alle esigenze di cura di patologie gastroenterologiche.

Con riferimento alla localizzazione territoriale dell'IRCCS, non si evidenziano significative presenze di organizzazioni criminali, pur non sottovalutando la potenzialità di possibili rischi specifici sui furti di farmaci.

L'IRCCS ha consapevolezza del predetto rischio specifico, ancorché potenziale in ambito aziendale, avendo cognizione di quanto emerso 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 biologici. 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 sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività dell'Azienda e che devono essere considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:

- 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;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

L'interazione dell'IRCCS con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolare modo per i seguenti attori:

- RUP
- Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti Commissioni bandi di gara e concorsi
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Personale medico in ALPI.

I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa

I controlli periodici e la vigilanza sull'osservanza delle misure anti-corruttive da parte dei Referenti del RPCT e dello stesso Responsabile per la prevenzione della corruzione, evidenziano una generale sensibilizzazione del personale tutto sui temi dell'etica e legalità.

3.1.1.3. a2 Contesto interno

L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è una struttura ospedaliera ad indirizzo specialistico gastroenterologico medico e chirurgico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico. L'IRCCS svolge la propria attività nel campo delle "Malattie Gastroenterologiche" sulla base di programmi

annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di stretto collegamento, perseguendo, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti. Di rilievo è il recente orientamento di sviluppare attività clinica e di ricerca ampliando e facendo propri i concetti di "medicina partecipata, quella di precisione e soprattutto la predittiva/preventiva" che prevede un allargamento delle competenze anche al territorio. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi (DIEF annuali) con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità dell'attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione. L'IRCCS Saverio de Bellis si presenta come un sistema sanitario complesso in cui interagiscono continuamente fattori interni ed esterni che concorrono alla determinazione di punti di forza, punti deboli e minacce o opportunità. Il contesto consente di tracciare i confini entro i quali si svolge la complessa interazione tra l'Istituto e i molti soggetti che sono interessati al suo funzionamento. Nella strategia di prevenzione della corruzione risulta di fondamentale importanza analizzare il contesto di riferimento esterno ed interno, per poter efficacemente individuare i fattori e le dinamiche che possono influire sulla valutazione e sulle strategie di gestione del rischio complessivo.

L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari in campo nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. È parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Puglia nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e formazione. Sul piano organizzativo la struttura è regolamentata sulla base della normativa regionale quale Ente di ricerca non trasformato e pertanto la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale. L'organizzazione e funzionamento dell'Ente è disciplinato, altresì, dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo n.288 del 2003 e dal recente n.200 del 23 dicembre 2022, nonché dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili. La struttura organizzativa dell'Azienda è consultabile all'indirizzo:

<https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/articolazione-degli-uffici>

Il personale interno consta di 428 dipendenti rilevati al 31/03/2023:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------|---------------------------------|
| 1. di cui 333 a tempo indeterminato | e | 5 a tempo determinato | +37 ricercatori + 4 convenzioni |
| 2. di cui 290 del comparto | e | 95 dirigenti | |
| a. di cui 224 Sanitari | | b. di cui 68 area Sanità | |
| + 32 Amministrativi | | +15 area Sanità non medici | |
| + 40 Tecnici | | + 6 area PTA | |
| + 37 Ricercatori della piramide | | | |

In linea generale non si evidenziano particolari criticità ulteriori rispetto a quelle tipicamente insite nella natura dell'attività istituzionale svolta da questo IRCCS.

Trattasi di rischi comuni a tutte le Aziende che operano nel sistema S.S.N., in presenza di norme di legge di livello statale e regionale, regolamenti e procedure che disciplinano in modo alquanto puntuale tutte le fasi dei procedimenti e processi interni aziendali, delimitando gli ambiti di discrezionalità operativa.

Si registra una buona conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento Aziendale, soprattutto nelle aree percepite come maggiormente a rischio, vale a dire appalti e contratti pubblici, assunzioni, nomine, affidamenti incarichi e progressioni di carriera.

Tuttavia, questo IRCCS, nell'ottica di un maggiore efficientamento della lotta alla corruzione, intende implementare ulteriori misure preventive, nel triennio 2023-2025, al fine di migliorare il complesso sistema anti-corruttivo posto in essere, con particolare riferimento ai contratti pubblici, in accordo con le indicazioni del PNA 2022, che ha rilevato nuovi ambiti di attenzione come quelli riguardanti i finanziamenti derivanti dai bandi del PNRR, dedicando opportuna trattazione con gli allegati di specificazioni e analisi di dettaglio al riguardo nell'ottica di prevenire la corruzione. Gli allegati al PNA 2022:

- All. 5 Parte speciale Indice ragionato deroghe modifiche CP
- All. 6 Parte speciale Appendice normativa regime derogatorio CP
- All. 7 Parte speciale contenuti Bando tipo 1_2021 CP
- All. 8 check list versione Informatizzata CP
- All. 9 Parte speciale Obblighi trasparenza contratti

sono stati trasmessi a mezzo PEC e portati all'attenzione dei responsabili (referenti del RPCT) dell'Area Patrimonio e dell'area Gestione tecnica, per le più opportune trattazioni interne e per opportuni adeguamenti sulle misure di prevenzione. Nell'anno 2022 le segnalazioni di provvedimenti disciplinari gestite sono le seguenti: 2 i rinvii al giudizio dell'UPD. Tale risultanza hanno richiesto poco più del richiamo verbale, richiedendo una trattenuta stipendiale per i dipendenti risultati colpevoli di comportamenti poco coerenti rispetto alle indicazioni prospettate dal codice di comportamento.

L'IRCCS, nella realizzazione della sua attività, ha prodotto una rete di relazioni.

I soggetti della rete sono i numerosi ed eterogenei portatori di interessi dell'Istituto. Gli stakeholder con cui si interfaccia e agisce l'IRCCS sono diversi e vanno differenziati a seconda che questi ultimi collaborino all'azione, insieme all'Istituto (stakeholder di input) o se, invece, risulta destinatario della loro azione (stakeholder di output).

Nel primo caso si è poi individuato il tipo di contributo apportato, classificandolo a seconda che riguardi la programmazione delle attività (input di programmazione), l'apporto finanziario (input di finanziamento), o il processo di realizzazione del servizio (input di produzione).

STAKEHOLDER DI INPUT

Di programmazione:

<u>Soggetti pubblici:</u>	Regione "Assessorato Salute" Ministero della Salute Enti di Ricerca Università Comunità scientifica
<u>Soggetti privati</u>	Associazioni di categoria

Di Finanziamento

<u>Soggetti pubblici:</u>	Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici
<u>Soggetti privati:</u>	Aziende Cittadini

Di Produzione

<u>Soggetti pubblici</u>	Aziende di Servizi alla Persona
<u>Soggetti privati</u>	Fornitori Dipendenti

STAKEHOLDER DI OUTPUT

<u>Servizi resi a Soggetti pubblici</u>	Regione "Assessorato Salute" Ministero della Salute Università Enti di Ricerca Comunità scientifica
<u>Soggetti privati</u>	Cittadini Enti ed associazioni Comunità scientifica

La struttura organizzativa e la sensibilità dell'IRCCS alla prevenzione della corruzione

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Istituto e al fine di assicurare una puntuale osservanza della L. 190/12, i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili di tutte le articolazioni e unità operativa aziendali, sia amministrative che sanitarie, sono *ipso facto* individuati quali "Referenti" del RPCT (art.1 c.8 periodo 2°), fermo restando la facoltà del Direttore Generale di individuare, per specifiche necessità, ulteriori Referenti in possesso di specifica professionalità.

In particolare, le figure coinvolte sono:

- Il Direttore Generale, il quale:

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (D.lgs. 97/2016, art. 41, co. 1, lett. g);

- assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e i relativi aggiornamenti;
- decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dalle stesse segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.lgs. 97/2016. La nuova disciplina unifica in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ne rafforza il ruolo, riconoscendo poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative. Si elencano gli aspetti caratterizzanti tale attore, come, peraltro, dettagliatamente illustrati nell'Allegato 2 (Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza) alla Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 e nell'Allegato 3 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019. Tale evoluzione sull'importanza del ruolo centrale del RPCT emerge anche nell'ambito dell'allegato n.3 del PNA 2022.:

- è individuato dal Direttore Generale, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio (art. 41, co. 1, lett. f, d.lgs. 97/201613);
- il nominativo deve essere comunicato all'ANAC (con indicazione del relativo indirizzo di posta elettronica certificata), così come deve essere comunicata all'Autorità il provvedimento di revoca dell'incarico;
- nell'affidamento dell'incarico si segue un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti. Qualora nei confronti del Responsabile siano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione e alla conseguente revoca dell'incarico;
- opera in piena autonomia e indipendenza dall'organo di indirizzo (Art. 41, co. 1 lett. f) D.lgs. 97/2016);
- segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (Art. 41, co. 1 lett. f) D.lgs. 97/2016);
- eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità Nazionale Anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al comma 3, articolo 15, Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 3915;
- in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (responsabilità dirigenziale), nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano (art. 41, co. 1, lett. l), D.lgs. 97/2016). I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano;
- al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA)¹⁶, il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPCT;
- fatti salvi i diversi termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, il RPCT trasmette all'Organismo Indipendente di Valutazione e al Direttore Generale, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione.

Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività (art. 41, co. 1, lett. l), D.lgs. 97/2016).

Ai sensi della Legge 190/2012:

- elabora e propone i contenuti della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;

- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;

A norma dell'art. 15 del D.lgs. 39/2013:

- cura, anche attraverso le disposizioni del presente Piano, che nell'Istituto siano rispettate le disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi;
- contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato Decreto Legislativo; In base all'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013, cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della trasparenza, e in particolare:

- il controllo dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità (attualmente sezione del PTPCT);
- la regolare attuazione dell'accesso civico;
- la segnalazione dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla vigente normativa.

In base alla raccomandazione ricevuta dal Consiglio dell'ANAC, nell'adunanza del 15 Novembre 2017, come confermato nel PNA 2019, il RPCT dell'Istituto presidia l'area dei conflitti di interesse, con particolare riguardo alle effettive dichiarazioni di assenze di conflitti, al dovere di astensione in caso di conflitti, all'irrogazione delle sanzioni disciplinari in caso di violazione. Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
 - accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
 - avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.
- I referenti per la prevenzione della corruzione e i dirigenti

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali da parte del RPCT, l'Istituto individua nel successivo elenco un gruppo di referenti aziendali per la prevenzione della corruzione, ai quali è attribuita l'importante funzione di collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di rendere concreti e applicabili i principi contenuti nel Piano e quelli dettati dalla normativa, nonché realizzabili le attività di monitoraggio e controllo.

I referenti per la prevenzione della corruzione sono identificati con i Direttori / Dirigenti responsabili delle seguenti articolazioni aziendali:

- Direzione Scientifica
- UOSA Valorizzazione della ricerca
- UOSVA Innovazione tecnologica, Sanità digitale
- Direzione Sanitaria
- U.O.C. Chirurgia I
- U.O.C. Chirurgia II
- UOSD Chirurgia in Day-service
- U.O.S.VA. Epatopatie
- U.O.S.D. Oncologia
- U.O.C. Gastroenterologia II
- U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- U.O.C. Patologia Clinica
- U.O.C. Genetica Medica
- U.O.S.D. Anatomia Patologica
- U.O.S.D. Cardiologia
- U.O.C. Radiologia
- U.O.S.D. IBD
- U.O.C. Farmacia Ospedaliera
- U.O.C. Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e CG
- U.O.S. Burocratico-legale e Affari Generali
- U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
- U.O.C. Area Gestione Patrimonio
- UOSVA Gestione Servizi Tecnici

In tal senso, i referenti svolgono un'attività informativa nei confronti del Responsabile (affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e sull'attività dell'amministrazione) e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale. I referenti osservano le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 14, della L. n. 190 del 2012). Svolgono, inoltre, assieme ai dirigenti:

- attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3,1. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.lgs. n. 165 del 2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano, ove in loro potere, le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della L. n.190 del 2012).

- Il personale dipendente e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPCT e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD, segnalano casi di personale conflitto di interessi. Essi rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti osservano le prescrizioni contenute nel piano per la Prevenzione della corruzione e trasparenza, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto osservano le misure e le prescrizioni contenute nel Piano e segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della struttura cui afferiscono o al RPCT o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (artt. 2 e 8 DPR 62/2013), come meglio disciplinato nel Codice di Comportamento aziendale adottato con la DDG n.289 del 17/06/2020.

- L'Organismo Indipendente di Valutazione

Nuovo impulso e coinvolgimento è stato dato dall'ANAC all'OIV con il PNA 2022.

La precedente disciplina con il D.lgs. n. 74/201720 è intervenuta sulla misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici, introducendo una serie di modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione della Legge n. 124 del 2015. Il Decreto Legislativo n. 74, teso a superare le criticità riscontrate nella concreta attuazione del D.lgs. 150/2009, enfatizza il Ruolo dell'OIV, ne rafforza le competenze in materia di Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale, ma non riserva un particolare trattamento agli obiettivi in tema di prevenzione della corruzione. Pertanto, in coerenza al passato, ai fini delle attività di prevenzione della corruzione, l'OIV:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda (art. 54, comma 5, D.lgs. n. 165 del 2001);
- Per quanto riguarda, le previsioni di cui all'art 43 del D.lgs. n. 33 del 2013 si sottolinea che, l'OIV:
 - riceve segnalazione dal responsabile della corruzione/trasparenza circa ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
 - riceve segnalazione dal responsabile della corruzione/trasparenza circa i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità;
 - riceve la Relazione annuale che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della L. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

Per quanto riguarda, le previsioni di cui all'art 44 D.lgs. n. 33 del 2013 si sottolinea che, l'organismo indipendente di valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

In base alla previsione di cui all'Art. 45 del D.lgs. n. 33 del 2013 l'autorità nazionale anticorruzione, controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni.

L'autorità nazionale anticorruzione può inoltre chiedere all'organismo indipendente di valutazione (OIV) ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente. Il D.lgs. 97/2016 ha aggiunto, all'art. 8 della Legge 190/2012, l'art. 8-bis in base al quale «l'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza».

- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari

L'ufficio preposto all'azione disciplinare:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001); • provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della Prevenzione, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

- Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000

- Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, "la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale";
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012, il Responsabile della Prevenzione
"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

(1) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano (di cui al comma 5) e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;

(2) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione."

- Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione e informazione e segnalazione previste dal presente Piano, nonché delle regole di condotta previste nel Codice di Comportamento aziendale da parte dei dipendenti dell'azienda è fonte di:

- per il personale non dirigenziale, responsabilità disciplinare;
- per i dirigenti, anche di responsabilità dirigenziale.

I Referenti delle Macroaree, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dal Codice di Comportamento. Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal D.lgs. 165/2001 e dal citato regolamento aziendale, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa dell'incolpato.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva:

- ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dei provvedimenti in materia di svolgimento di incarichi o attività extra-istituzionali;
- ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale,

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

Per la violazione degli obblighi previsti dal codice di comportamento aziendale, le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla Legge, dal Codice generale, dai regolamenti e dai contratti collettivi delle Aree Dirigenziali e del Comparto, incluse quelle espulsive, come riepilogate dalla regolamentazione interna dell'Istituto.

- Il Responsabile per l'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il PNA 2016 richiede l'indicazione all'interno del Piano del nominativo del RASA, quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Tale previsione è stata mantenuta anche nell'ultimo PNA 2019.

A seguito della richiesta formale del RPCT indirizzata all'Organo di vertice, l'incarico è stato conferito in data 04/10/2017 giusta DDG 662, al Dirigente dell'Area Gestione del Patrimonio, quale RASA aziendale.

Considerato che a seguito del Trasferimento di detto responsabile specificatamente nominato con la menzionata deliberazione per mobilità nel corso del 2020, si rileva la necessità di richiedere la nomina di successore con nuovo atto di nomina. Ad ogni buon conto si rileva che le attività di comunicazione da parte della stazione appaltante verso l'Autorità, richieste a detto responsabile, sono state effettuate nel corso del 2020.

- Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo

In ottemperanza a quanto disposto dal decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 «Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione», è stato nominato il gestore delle segnalazioni antiriciclaggio giusta deliberazione n.61 del 28/4/2021.

La mappatura dei processi

La mappatura dei processi è un modo "razionale" per individuare e rappresentare tutte le attività dell'Istituto per fini diversi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. All'interno dell'Istituto è stata costruita una mappa integrata dei processi che si svolgono nell'ente. Per processo si intende una sequenza di attività che genera servizi rivolti all'interno o all'esterno dell'Istituto.

La costruzione di questa mappa è stata realizzata attraverso l'approfondimento e la rielaborazione di quanto analizzato nei precedenti anni e apportando le implementazioni necessarie al fine di rendere più conforme il piano alla realtà operativa dell'Istituto.

La mappatura valse per il triennio 2019-2021, è stata rivisitata alla luce delle Linee Guida di snellimento della gestione del rischio.

Infatti, con l'allegato 1 al PNA 2019 si sollecitava l'adozione di una nuova metodologia per la mappatura che identificava le fasi della mappatura dei processi, individuandole in:

1. l'identificazione;
2. la descrizione;
3. la rappresentazione.

La mappatura dei processi, pertanto, doveva essere realizzata applicando il principio di gradualità, partendo dalle tre fasi, sopra elencate per giungere al seguente risultato:

identificazione > Elenco dei processi > Elenco completo dei processi che riassumono tutta l'attività dell'ente;

descrizione > Scheda di descrizione > Valuto solo alcuni processi > Valuto tutti i processi;

rappresentazione > Tabella o diagramma dei processi > Valuto solo alcuni elementi descrittivi > Valuto tutti gli elementi descrittivi.

Il passaggio successivo suggerito dall'ANAC nell'allegato "1" del PNA 2019, è di finalizzare l'analisi del livello di esposizione al rischio dei vari processi rilevati dalla mappatura, prevedendo di:

1. scegliere un approccio di tipo valutativo;
2. individuare i criteri di valutazione;
3. rilevare i dati e le informazioni;
4. formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici, ma in ottica sintetico-valoriale.

Le indicazioni dell'ANAC hanno reso, di fatto, superati i precedenti riferimenti metodologici e hanno comportato, per gli enti – soprattutto quelli di piccola e media dimensione – una complessa ed impegnativa attività di analisi approfondita e mirata che presuppone:

1. una iniziale individuazione dei criteri di valutazione;
2. una rilevazione dei dati;
3. la formulazione di un giudizio per ogni processo “mappato”.

Quest'ultimo aspetto – certamente non secondario nella redazione del nuovo Piano Triennale – deve essere attentamente valutato dal RPCT, tenendo conto che l'ANAC, sin dal 24 luglio 2019 – data di presentazione del PNA per la consultazione online – aveva chiarito che i soggetti tenuti a predisporre il Piano potevano già da allora riferirsi alle indicazioni metodologiche contenute nell'allegato 1 del nuovo PNA.

Nella realtà fattuale, però, la versione definitiva del PNA e dei suoi allegati è stata fatta conoscere il 22 novembre 2019, quando il testo è stato pubblicato nel sito dell'ANAC.

In considerazione di ciò, sono stati molti i RPCT e le amministrazioni che hanno denunciato di non aver potuto procedere, nel Piano 2020/2022, a “mappare” i processi con il nuovo metodo di tipo qualitativo. Nel caso dell'IRCCS, per il triennio 2020/2022 si è proceduto con una prima rimodulazione della mappatura secondo le indicazioni, mantenendo tuttavia la vecchia valutazione quantitativa per l'analisi del rischio.

Nel presente documento, valido per il triennio 2023-2025, il nuovo approccio di cui innanzi è stato applicato in maniera graduale, attenendosi scrupolosamente a quanto previsto dall'All. 1 al PNA 2019.

Nello specifico, si è proceduto, nell'ottica di applicare la nuova metodologia della mappatura dei processi, ad identificare le macroaree di rischio, che fungono da aggregatori di processi omogenei, individuandolo nelle seguenti:

- Area A: Gestione delle risorse umane
- Area B: Gestione contratti pubblici
- Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti che si caratterizzano per la erogazione diretta di contributi economici, anche se nella forma della sovvenzione o del rimborso)”
- Area D: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario – servizi privi di rilevanza economica per i destinatari (Provvedimenti relativi all'attribuzione di vantaggi che non producono un effetto economico diretto)
- Area E: Gestione amministrativa contabile
- Area F Controlli, ispezioni e verifiche
- Area G: Affari generali, legali e Contenzioso
- Area H: Gestione entrate e spese e Patrimonio
- Area I: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Area L: Incarichi e nomine
- Area M: Attività libero professionale e liste di attesa
- Area N: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Successivamente, per ogni macroarea sono stati individuati i processi (procedimenti) per i quali è più probabile che si manifestino situazioni che favoriscano l'insorgere di eventi corruttivi. Pertanto, si è proceduto ad effettuare l'aggiornamento delle matrici di mappatura dei processi (procedimenti), ai fini dello svolgimento del processo di gestione del rischio.

Il principio della completezza che ha ispirato l'applicazione della nuova metodologia ha determinato la scelta di mappare e valutare non soltanto le attività inerenti alle aree di rischio generali (già individuate dall'Aggiornamento 2015 al PNA), bensì tutte le attività poste in essere dagli Uffici dell'Istituto come risultanti dall'attuale assetto organizzativo (vedi DDG n.91/2020).

Il principio di analiticità è stato attuato valutando le singole unità organizzative al fine di individuarne i processi nell'ambito dei procedimenti. Un alto grado di approfondimento ha permesso di scomporre ciascun “processo” in “attività”, al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo.

La base di partenza è stata da un lato la valutazione di quanto svolto sino ad ora, cercando di implementare quanto già fatto con i precedenti piani e dall'altro, attraverso un'attività di ricognizione più capillare rispetto al passato un coinvolgimento sempre più capillare di tutti i referenti e i soggetti coinvolti.

Il tutto è confluito all'interno di una matrice (in formato Excel) che semestralmente verrà condivisa con i vari referenti al fine di consentire un monitoraggio e aggiornamento costante, sia in termini di processi che di valutazione e trattamento del rischio.

In tale prospettiva, è stata già presentata ai referenti la mappatura rilevata a fine 2020 (Allegato 2 al presente Piano) con l'invito a presentare eventuali comunicazioni di aggiornamento alla mappatura esistente, con nota prot.3150 del 10/03/2021, con l'intento di integrare al Piano del 2021-2023 la maggior parte dei cambiamenti rilevabili.

L'ufficio del RPCT in futuro provvederà, in corso d'anno (termine che si considera valido per l'attuazione della nuova metodologia), a fornire ulteriori indicazioni specifiche, rispetto a quelle già contenute nella guida alla compilazione, guidando i referenti sulla base delle singole esigenze e necessità.

La matrice di mappatura scaturita da tale attività (allegato 4 cui si rinvia) si compone di due sottosezioni:

- la prima contenente informazioni di carattere generale della mappatura (indicazione della denominazione e dell'acronimo dell'ufficio, del nominativo dirigente responsabile e dei processi del procedimento individuato affidati alla cura dell'ufficio, delle aree di rischio e per ogni processo le attività)
- e la seconda relativa allo svolgimento della gestione del rischio.

Le colonne della matrice in trattazione, per catalogare le informazioni riguardanti i processi e le specificità di gestione del rischio, sono riportate sotto, in righe trasposte rispetto alle colonne della tabella, per comodità di presentazione e per dare visione d'insieme delle informazioni:

Sottosezione "Mappatura delle attività, delle fasi e delle azioni"	UFFICIO DI COMPETENZA	
	N. PROCESSO	
	AREA DI RISCHIO	
	PROCEDIMENTO	
	DESCRIZIONE PROCESSO	
	Responsabilità complessiva del Processo	
	DESCRIZIONE ATTIVITA'	
	Esecutore Attività	
Sottosezione "Svolgimento del processo di gestione del rischio"	DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO CORRUZIONE (EVENTO a RISCHIO)	
	FATTORI ABILITANTI	
	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	IMPATTO
		PROBABILITA'
		GIUDIZIO SINTETICO
		MOTIVAZIONE
	MISURE GENERALI	
	MISURE SPECIFICHE	
	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	
	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA	STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2022
		FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE
		INDICATORI DI ATTUAZIONE
		VALORE TARGET
SOGGETTO RESPONSABILE		

3.1.1.3. b Valutazione del rischio

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

3.1.1.3. b1 Identificazione dei rischi

1. Identificazione dei rischi emersi dall'analisi del contesto esterno e interno

Rispetto all'ambito sanitario si rilevano le seguenti possibilità di rischio corruttivo:

- 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;
- illeciti nella trattazione 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;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

Rispetto all'ambito amministrativo:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa nelle agende

2. Identificazione dei rischi del sistema sanitario nazionale

Come identificati nelle sezioni speciali dei PNA 2015 PNA 2016 e PNA 2019

3. Identificazione dei rischi specifici dell'IRCCS

I rischi sono assimilabili a quanto identificato per i rischi del sistema sanitario nazionale nelle sezioni speciali dei PNA 2015 PNA 2016 e PNA 2019, il PNA 2022 si focalizza sulla prevenzione dei rischi dovuti ai cospicui finanziamenti dei bandi PNRR

3.1.1.3. b2 Analisi dei rischi

In una prospettiva di superamento dell'Allegato 5 al PNA 2013, l'Allegato 1 al PNA 2019 promuove il ricorso ai cd. "indicatori di rischio" (key risk indicators), ritenuti "in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti". Viene chiarito, tuttavia, che *"le amministrazioni possono utilizzare anche altre metodologie di valutazione dell'esposizione al rischio, purché queste siano coerenti con l'indirizzo fornito nel presente allegato e adeguatamente documentate nei PTPCT"*. In ogni caso, le valutazioni svolte dovranno essere supportate da dati oggettivi (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) affinché possa pervenirsi ad una stima del rischio corrispondente al dato reale.

Si auspica che la nuova metodologia di analisi del rischio, ispirata a una matrice valutativa, in linea con i recenti orientamenti espressi dall'ANAC, su proposta del RPCT, produca i risultati attesi in un'attica di miglioramento e maggiore perfezionamento. Essa si fonda sull'adozione di un sistema di misurazione ispirato al modello adottato dal "UN Global Compact¹", con l'obiettivo di conferire agilità ed efficacia al processo di valutazione del rischio. Essa mira a concentrare lo sforzo dei vari soggetti coinvolti nell'attuazione del piano, ovvero i responsabili/referenti verso la necessaria acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale ed operativo delle attività gestite, piuttosto che sulla meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.

Tale approccio porrà il responsabile nelle condizioni di dover acquisire un'adeguata consapevolezza della minaccia di corruzione e dei relativi impatti che questa può avere sull'amministrazione, e di conseguenza, sugli stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici, sistema Paese nel suo complesso).

È evidente che l'adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sull'amministrazione costituisce un fondamentale prerequisito per un'efficace attività di contrasto della corruzione.

Quanto alla stima del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione, il valore finale è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto:

Rischio (E) = Probabilità (E) x Impatto(E).

- 1) la probabilità che si verifichi uno specifico evento di corruzione deve essere valutata raccogliendo tutti gli elementi informativi sia di natura oggettiva (ad esempio, eventi di corruzione specifici già occorsi in passato, segnalazioni pervenute all'amministrazione, notizie di stampa), che di natura soggettiva, tenendo conto del contesto ambientale, delle potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive, nonché degli strumenti in loro possesso; tale valutazione deve essere eseguita dal responsabile al meglio delle sue possibilità di raccolta di informazioni ed operando una conseguente, attenta valutazione di sintesi al fine di rappresentare la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su 5 valori: **molto bassa, bassa, media, alta, altissima**;
- 2) l'impatto viene valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe:
 - a) sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc.;
 - b) sugli stakeholders (cittadini, utenti, imprese, mercato, sistema Paese), a seguito del degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento di corruzione.

¹ L'UN Global Compact (conta 12.000 aderenti in 145 Paesi) ha creato una task force per valutare i rischi anticorruzione. Con il supporto di società di riferimento a livello mondiale tra cui la Deloitte Touche Tohmatsu ha creato una guida per l'analisi dei rischi di corruzione caratterizzata da robustezza metodologica e semplicità applicativa. La metodologia è stata inoltre soggetta a consultazione che ha coinvolto primarie organizzazioni internazionali, tra cui l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) ed il World Economic Forum - Partnering Against Corruption Initiative (WEF -PACI).

Al precipuo fine di calibrare la metodologia di analisi del rischio al contesto di operatività in cui la stessa si applica, quale è un Istituto di ricerca, è stata presa a riferimento una presunzione di rischio tale da assumere una posizione massimamente garantista.

Tale scelta trova fondamento nel fatto che qualsiasi evento di tipo corruttivo, che dovesse verificarsi nell'ambito dell'IRCCS, avrebbe, in ragione della sua attività, delle conseguenze rilevanti.

Poiché, come sopra evidenziato, la metodologia di calcolo si basa sul prodotto dei due fattori (probabilità ed impatto), mentre il fattore "probabilità" è stato declinato in una scala crescente di 5 valori (molto bassa, bassa, media, alta, altissima), il fattore "impatto", proprio al fine di assumere una posizione di massima prudenza, è stato declinato in tre valori soltanto: "medio", "alto" e "altissimo", sulla base della presunzione che qualunque evento di natura corruttiva avrebbe per l'Ente un impatto notevole.

Il prodotto derivante da questi due fattori ha avuto, come possibile esito, soltanto tre valori di rischio: "medio", "alto" e "altissimo", che sono tutti valori che richiedono un adeguato – seppur differenziato - trattamento in termini di mitigazione del rischio, con idonee misure preventive.

Ai fini operativi è stata, quindi, utilizzata la seguente tabella a doppia entrata di calcolo del rischio.

Impatto	Medio	Alto	Altissimo
Probabilità			
Altissima	Alto	Altissimo	Altissimo
alta	Alto	Altissimo	Altissimo
media	Alto	Alto	Alto
Bassa	Medio	Medio	Medio
Molto bassa	Basso	Basso	Basso

La probabilità e l'impatto costituiscono "indicatori di sintesi", caratterizzati da flessibilità e pluralità delle fonti informative di supporto. Gli stessi assumono contenuti più o meno diversi in riferimento ai singoli eventi corruttivi, favorendo una valutazione complessiva dei dati a disposizione.

3.1.1.3. b3 Ponderazione dei rischi

Al fine di rafforzare l'efficacia del sistema innanzi delineato, come peraltro specificamente indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019, il RPCT ha previsto che alle matrici di mappatura degli uffici fosse aggiunta una colonna ulteriore, all'interno della quale verrà richiesto ai responsabili delle unità organizzative di inserire le motivazioni a corredo delle valutazioni espresse, in modo da poterne verificare l'adeguatezza e/o richiedere chiarimenti in sede di controllo. Dalle giustificazioni addotte sarà possibile, nel tempo, evincere gli indicatori di rischio adoperati nel caso specifico.

In riferimento alla valutazione complessiva del rischio di corruzione, il PNA 2019 raccomanda di ispirarsi nella ponderazione del rischio al criterio di "prudenza", volto anche ad evitare una sua sottostima.

Un esame non improntato a tale criterio, infatti, comporta l'esclusione dal trattamento del rischio, e, quindi, dall'individuazione di misure di prevenzione, di processi in cui siano stati comunque identificati o identificabili possibili eventi rischiosi. Al contrario, è necessario utilizzare tale criterio della prudenza e sottoporre al trattamento del rischio un ampio numero di processi.

Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo identifica la fase di trattamento del rischio consiste nel processo di modificazione del rischio, ossia è il momento in cui si individuano i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'individuazione delle misure deve avvenire anche in considerazione della successiva fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili.

A tal fine, dunque, le misure identificate devono rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, che presuppone l'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure da parte dell'Istituto;
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le risultanze di quanto indicato sopra nei tre punti ha generato per il 2021 quanto riportato nel seguito relativamente allo Stato di attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2021, contenente l'esperienza conseguita rispetto alla mappatura (parte indice di tale documento) e delle misure attivate rispetto alla stessa mappatura (parte di prevenzione della corruzione messa in atto).

3.1.1.3. c Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo di modificazione del rischio, ossia è il momento in cui si individuano i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'individuazione delle misure deve avvenire anche in considerazione della successiva fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili.

A tal fine, dunque, le misure identificate devono rispondere a tre requisiti:

4. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, che presuppone l'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
5. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure da parte dell'Istituto;
6. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le risultanze di quanto indicato sopra nei tre punti ha generato per il 2020 quanto riportato nel documento accluso del presente Piano e identificato come **Allegato 2 - Stato attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2020**, contenente l'esperienza conseguita rispetto alla mappatura (parte indice di tale documento) e delle misure attivate rispetto alla stessa mappatura (parte di prevenzione della corruzione messa in atto).

L'**Allegato PTPCT-2022-2024** al presente Piano, di contro, propone gli aggiornamenti precedentemente disquisiti definendo i contenuti programmatici affidati al presente Piano nell'ottica di seguire le raccomandazioni del PNA 2019 e del suo allegato 1, da ciò scaturendo i contenuti del documento di aggiornamento di Mappatura dei processi e di Valutazione del rischio 2022-2024, in riferimento al quale si riportano le colonne conseguenti così denominate (vedi colonne della matrice riportate sopra):

INDICATORI DI ATTUAZIONE
VALORE TARGET
SOGGETTO RESPONSABILE

I nuovi indici per la valutazione delle misure di prevenzioni (generali e specifiche) ed il loro monitoraggio, il quale avverrà con la compilazione di specifici report da parte dei referenti.

L'aggiornamento 2015 al PNA, superando la distinzione tra misure "obbligatorie"²⁵ e misure "ulteriori", sottolinea la necessità che ciascuna amministrazione individui strumenti specifici idonei a mitigare i rischi di corruzione emersi dalla fase di analisi e ponderazione, suggerendo una classificazione che distingue tra:

- A. **Misure generali** (di governo di sistema), che incidono sul sistema complessivo di prevenzione del rischio corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- B. **Misure specifiche**, che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio.

Tale distinzione è stata mantenuta anche nel PNA 2019 di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019. Pertanto, in aggiunta alle misure specifiche riportate nell'**Allegato 2** al presente Piano, sono state individuate ulteriori misure generali come descritte nei paragrafi che seguono.

3.1.1.3. c1 Misure generali

A. Misure generali

Di seguito si riportano in elenco le principali misure generali individuate dal legislatore ed elencate nella Delibera ANAC n. 1064/2019, successivamente dettagliate nel loro significato e dare dettaglio dei contenuti della misura

- 1) Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica
- 2) Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314
- 3) La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici.
- 4) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico
- 5) Rotazione straordinaria
- 6) Rotazione straordinaria
- 7) Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva

[Misure sull'imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici](#)

²⁵ Nel PNA 2013 le misure obbligatorie sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative, mentre le "ulteriori" sono costituite da quelle misure individuate e inserite nel PTPC discrezionalmente dall'amministrazione. Tale inserimento le rende obbligatorie per l'amministrazione che le ha previste.

- **Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica**

L'ordinamento ha predisposto, con ritmo crescente, tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti.

- **Trasferimento del dipendente per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314**

La legge n. 97 del 2001, «Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni». In particolare, l'art. 3, co. 1, stabilisce che «quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319- quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza».

In particolare, la normativa in esame può essere così sintetizzata:

- si applica a tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato (non solo i dirigenti) in caso di rinvio a giudizio per i delitti richiamati;
- il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta lasciata all'amministrazione, "in relazione alla propria organizzazione", tra il "trasferimento di sede" e «l'attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza» (art. 3, co. 1);
- «qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza» (art. 3, co. 2);
- il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva, "e in ogni caso, decorsi cinque anni" dalla sua adozione (art. 3, co. 3). Ma l'amministrazione, «in presenza di obiettive e motivate ragioni per le quali la riassegnazione all'ufficio originariamente coperto sia di pregiudizio alla funzionalità di quest'ultimo», "può non dare corso al rientro" (art. 3, co. 4).

In caso di condanna per gli stessi reati di cui all'art. 3, co. 1, anche non definitiva, i dipendenti «sono sospesi dal servizio» (art. 4). La norma chiarisce poi che la sospensione perde efficacia se per il fatto è successivamente pronunciata sentenza di proscioglimento o di assoluzione anche non definitiva e, in ogni caso, decorso un periodo di tempo pari a quello di prescrizione del reato (art. 4). In caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego (art. 5). Nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

Con riferimento ai delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319- quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, dall'esame della norma, si può ritenere che:

- a) in caso di rinvio a giudizio, per i reati previsti dal citato art. 3, l'amministrazione sia tenuta a trasferire il dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento;
- b) in caso di condanna non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio (ai sensi del richiamato art. 4);
- c) nel caso sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, ancorché a pena condizionalmente sospesa, l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego può essere pronunciata a seguito di procedimento disciplinare (ai sensi del richiamato art. 5).

Quanto alla natura dei provvedimenti adottati, occorre rilevare che il trasferimento di ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, a protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione (si vede l'esplicito riferimento al "discredito" citato nel co. 1 dell'art. 3), mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria (l'estinzione viene aggiunta alle pene accessorie di cui all'art. 19 del CP, proprio dall'art. 5, co. 1, della legge n. 97). Ciò che rileva per l'applicazione della norma è il rinvio a giudizio per uno dei reati specificamente indicati.

- **La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici**

La legge 190/2012, art. 1, comma 46, ha introdotto una nuova disposizione all'interno del d.lgs. 165/2001, rubricata «Prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici» (art. 35-bis D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165). In applicazione di questa norma, la condanna, anche non definitiva, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del

Libro secondo del Codice penale comporta una serie di inconferibilità di incarichi (partecipazione a commissioni di reclutamento del personale, incarichi di carattere operativo con gestione di risorse finanziarie, commissioni di gara nei contratti pubblici).

In altre parole, sono stabilite preclusioni a operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

La conseguenza dell'inconferibilità ha natura di misura preventiva, a tutela dell'immagine.

La durata illimitata di tale inconferibilità ha dato luogo a perplessità già evidenziate dall'Autorità nella delibera n. 1292 del 23 novembre 2016, rispetto alle quali l'Autorità si è riservata di inoltrare una segnalazione al Governo e al Parlamento. 50 dell'amministrazione, e non sanzionatoria. Ciò che rileva per l'applicazione della norma è la condanna non definitiva per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale.

Si evidenzia che l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 presenta alcune analogie con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013, ai sensi del quale non possono essere conferiti gli incarichi ivi specificati in caso di sentenze di condanna, anche non passate in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ambito soggettivo dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 si rivolge alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. L'art. 35-bis prevede ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Effetti dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

In merito all'ambito oggettivo, l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

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

Durata nel tempo degli effetti dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001

La durata illimitata della inconferibilità, di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, ha dato luogo a perplessità, in merito alle quali l'Autorità si è riservata di inoltrare una segnalazione a Governo e Parlamento. Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

Ambito soggettivo dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

L'art. 3 del d.lgs. 39/2013, Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione, dispone il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La disposizione ha come destinatari, a differenza dell'art. 35-bis sopra illustrato, non solo le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, ma anche gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Effetti dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del decreto.

Durata nel tempo degli effetti dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

Misure anticorruzione in applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013

Obiettivi 2022 e risultati

Quale misura anti-corruttiva, l'Istituto prevedeva per il 2021 verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Con riferimento alle ipotesi di cui all'art. 3 del d.lgs. 39/2013, l'interessato è tenuto a rendere una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità, previsto all'art. 20 del d.lgs. 39/2013. La dichiarazione è da intendersi sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000.

Tenendo in considerazione le raccomandazioni dell'Autorità di:

- impartire direttive interne per effettuare i controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- impartire direttive interne affinché negli interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso;

Stato attuazione misure di prevenzione della Corruzione al 31-12-2021: vedi deliberazione CS n.85 del 10/5/2021 *"Sospensione dal servizio per misure coercitive personali ai sensi dell'art.38, comma 1 del CCNL 2016-2018 in vigore dal 17/12/2020 relativo al personale dell'area delle funzioni locali Dirigenza PTA Parte Comune"*

Obiettivo 2023:

reiterazione delle richieste di autocertificazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e delle cause di incompatibilità nelle varie procedure.

- **Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico**

L'art. 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 recante «Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190», prevede conseguenze per condanne, anche non definitive, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale (i reati contro la p.a.), comportando una serie di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico. Le inconferibilità hanno durata determinata (a differenza delle inconferibilità di cui all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001) e graduata: più lunga se la condanna è intervenuta per i reati previsti dall'art. 3, co. 1, della legge n. 97/2001), meno lunga se è intervenuta per tutti gli altri reati contro la p.a.

Quanto all'ambito soggettivo, le conseguenze riguardano i titolari di determinati incarichi amministrativi e non si estendono a tutti i pubblici dipendenti. L'intervento di una condanna, anche se non definitiva, e la limitazione a figure dirigenziali sembrano giustificare l'ampiezza dei reati presupposto. Le inconferibilità e incompatibilità rientrano tra le misure di natura preventiva (a tutela dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione) e non sanzionatoria.

- **Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio**

Il nuovo periodo aggiunto all'art. 129, comma 3, del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271 recante «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale» dall'art. 7 della legge 7 maggio 2015, n. 69 recante «Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio», si inserisce nella disciplina riguardante l'informazione sull'azione penale e stabilisce che il presidente di ANAC sia destinatario delle informative del pubblico ministero quando quest'ultimo esercita l'azione penale per i delitti di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale. L'Autorità informata, dunque, dell'esistenza di fatti corruttivi, può esercitare i poteri previsti ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, chiedendo all'amministrazione pubblica coinvolta nel processo penale l'attuazione della misura della rotazione.

- **Rotazione straordinaria**

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini»), dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole "condotte di natura corruttiva", le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata. In considerazione delle criticità interpretative cui dà luogo la disciplina, ANAC ha adottato un'apposita delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (cfr. infra § 5.6 "Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva").

- **Ulteriori strumenti di natura anticipatoria-preventiva**

Da ultimo, si richiama l'attenzione sull'esistenza di ulteriori strumenti di natura anticipatoria e preventiva che, a differenza delle misure e degli istituti appena descritti, prescindono dal coinvolgimento del dipendente nei procedimenti penali. Ci si riferisce, nello specifico:

- all'incompatibilità e il divieto di cumulo di impieghi e incarichi di cui al nuovo art. 53 d.lgs. 165/2001;
- all'astensione di cui all'art. 6-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 nei casi di conflitto di interessi;
- e al divieto di pantouflage di cui all'art. 53, co. 16-ter di cui si darà atto nel dettaglio in seguito. Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali.

Misure di deterrenza a prevenzione del rischio corruzione

a. Trasparenza: rinvio all'apposita sezione del Piano

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla L. 190/2012 che, lungi dal costituire una "semplice" misura di prevenzione della corruzione, rappresenta essa stessa l'oggetto di una complessa disciplina normativa, che richiede una programmazione sistematica, definita dall'apposita sezione del PIAO dell'Istituto, a cui si rimanda per illustrarne la portata.

b. Codice di comportamento

La legge 6 novembre 2012, n. 190 ha dettato "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione" al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo. In tal senso, l'art. 1, comma 44, ha integralmente riscritto l'art. 54 del D.lgs. n. 165/2001, prevedendo la definizione, da parte del Governo, di un Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni allo scopo 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. Il Governo, in attuazione della delega contenuta nella Legge Anticorruzione, ha provveduto all'emanazione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", pubblicato in data 4 giugno 2013 in G.U. ed entrato in vigore il 19 giugno 2013. Viene così superato il DM 28.11.2000 precedentemente in vigore e recepito dai rispettivi CC.CC.NN.LL. per il personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN.

Il Codice di comportamento dei dipendenti dell'IRCCS S. de Bellis è stato adottato, ai sensi dell'art. 54, comma 5, del d.lgs.165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44 della legge 6 novembre 2012, n.190 con deliberazione del Consiglio dell'Autorità del 21 ottobre 2015.

Il Codice di comportamento adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 331 del 14/06/2016 successivamente aggiornato con DDG n.289 del 17/06/2020, integra e specifica il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici adottato con decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62, che ne costituisce la base minima.

Dopo la deliberazione del Codice comportamentale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione ne ha dato la più ampia diffusione, ai sensi dell'art. 17, co.2 del DPR 62/2013, tramite pubblicazione sull'Amministrazione trasparente del sito web istituzionale.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui all'art.1 cc.49 e 50, della L. 190/12 ed ai capi V e VI del D.lgs. n.39 del 8.4.13, visto l'art. 29 ter del D.L. n.69 del 21.6.13 coordinato con la legge di conversione n.98 del 9.8.13, all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenterà una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità ivi previste. Nel corso dell'incarico analoghe dichiarazioni saranno presentate annualmente dall'interessato medesimo. Per la verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come disciplinate dall'art. 53 del D.Lgs. n.165/01 e modificate dall'art.1 c.42 della Legge n.190/12, l'IRCCS procede attraverso formali atti di informazione presso i soggetti terzi. L' UOC Gestione Risorse Umane invierà al RPCT, semestralmente o annualmente, i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte. Questo IRCCS ha inoltre provveduto alla modifica del Regolamento per l'applicazione delle sanzioni disciplinari e codice disciplinare con deliberazione del Direttore Generale n.1097 del 12/09/2018.

c. Formazione del personale

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione.

Una formazione adeguata consente, infatti, di raggiungere i seguenti obiettivi:

- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale e della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione e per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;

- occasione di confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale “in formazione” proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate.

Ciò rappresenta un’opportunità significativa per coordinare e omogeneizzare all’interno dell’Istituto le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di “buone pratiche amministrative” a prova di impugnatione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell’esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all’approfondimento;
- attivazione di misure per evitare l’insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- diffusione di valori etici, mediante l’insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Accogliendo le indicazioni fornite dal PNA 2019, la formazione dell’Istituto sulle tematiche corruttive sarà articolata su due livelli, per il 2021:

1. uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all’aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità e, più nello specifico, finalizzato a fornire una formazione iniziale sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 62/2013) e in quello dell’Istituto;
2. uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’Istituto, attraverso percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli svolti.

d. Rotazione ordinaria del personale

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l’ANAC ha definito che “uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti”, e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l’applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L’Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico. Ciò premesso si rileva che l’IRCCS ha una struttura organizzativa costruita nell’ottica del più efficiente utilizzo delle risorse anche pubbliche di cui beneficia e perciò, pur garantendo la professionalità necessaria al perseguimento del proprio oggetto sociale, tramite la doverosa individuazione dei soggetti competenti in base alle diverse aree di attività in cui l’IRCCS è concretamente impegnato, è molto snella e con un numero esiguo di dipendenti. L’IRCCS con deliberazione del Direttore Generale n. 212 del 15 marzo 2017 ha adottato il Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione. È stato fissato in cinque anni il periodo di permanenza del personale non dirigenziale nel settore di assegnazione compatibilmente con le risorse disponibili e l’esperienza richiesta. Durante l’anno 2019 si è provveduto ad applicare la misura della rotazione del personale, compatibilmente con le esigenze organizzative aziendali.

e. Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva

L’art. 16, co. 1, lett. i-quater) del D.lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva», senza ulteriori specificazioni. Dalla lettura della Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019, si desume l’obbligo per l’amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell’area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l’immagine di imparzialità dell’amministrazione.

Ambito soggettivo di applicazione. Con riferimento alle amministrazioni a cui essa si applica la rotazione straordinaria, il provvedimento di cui all’art 16, co. 1, lett. i-quater) del d.lgs. 165/2001 è attribuito alla competenza dei dirigenti generali nelle amministrazioni dello Stato, ma, trattandosi di norma di principio, è sicuramente applicabile a tutte le amministrazioni di cui all’art. 1, co. 2, dello stesso d.lgs. n. 165 (in virtù dell’art. 27 del medesimo decreto). Con riferimento ai soggetti che possono essere sottoposti a rotazione straordinaria, il provvedimento riguarda, in prima battuta, i dipendenti che operano negli uffici di cui i dirigenti generali sono titolari, ma la sua applicazione, in quanto principio generale, deve riguardare tutte le figure dirigenziali. Dunque, non solo i dirigenti non generali, ma anche gli stessi dirigenti generali, che la legge n. 190/2012 considera rientranti nella vasta categoria di incarichi amministrativi di cui 64 si deve garantire, anche in termini di immagine, l’imparzialità. In generale, l’Autorità Anticorruzione è dell’avviso che l’istituto trovi applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l’amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato. Quanto agli incarichi amministrativi di vertice, così come definiti

dall'art. 1, co. 2, lettera i) del d.lgs. n. 39 del 2013 (per «incarichi amministrativi di vertice», gli incarichi di livello apicale, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico, che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione»), poiché conferiti sulla base di un rapporto fiduciario, di norma, possono essere revocati nell'ipotesi di interruzione di quest'ultimo. In tal caso l'amministrazione, in luogo della rotazione straordinaria, valuterà il persistere o meno del rapporto fiduciario alla luce dei fatti accaduti. **Tempistica e immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria.** Diverse incertezze si rinvergono rispetto al momento del procedimento penale rilevante per l'amministrazione ai fini dell'applicazione dell'istituto. L'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001, sul punto, richiama la fase di "avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 3 della legge n. 97 del 2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio"). L'Autorità ritiene, rivedendo le indicazioni precedentemente fornite, da ultimo nell'Aggiornamento 2018 al PNA, che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.". Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. La ricorrenza di detti presupposti, nonché l'avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo impongono in via obbligatoria l'adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l'amministrazione dispone sull'applicazione dell'istituto, con riferimento a "condotte di natura corruttiva". Si ribadisce che l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene valutata la condotta del dipendente ed eventualmente disposto lo spostamento.

Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma l'ordinamento raggiunge lo scopo di indurre l'amministrazione ad una valutazione trasparente, collegata all'esigenza di tutelare la propria immagine di imparzialità. Il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. Si tratta di valutare se rimuovere dall'ufficio un dipendente che, con la sua presenza, pregiudica l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e di darne adeguata motivazione con un provvedimento. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale.

Ovviamente l'avvio del procedimento di rotazione richiederà da parte dell'amministrazione l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente. Questa conoscenza, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti ex lege legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

Non appena venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, l'amministrazione, nei casi di obbligatorietà, adotta il provvedimento. La motivazione del provvedimento riguarda in primo luogo la valutazione della decisione e in secondo luogo la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato. Nei casi di rotazione facoltativa il provvedimento eventualmente adottato precisa le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente.

A tal fine, l'Autorità ritiene opportuno che le amministrazioni introducano, nel proprio codice di comportamento, il dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Il legislatore chiede che l'amministrazione ripeta la sua valutazione sulla permanenza in ufficio di un dipendente coinvolto in un procedimento penale, a seconda della gravità delle imputazioni e dello stato degli accertamenti compiuti dell'autorità giudiziaria.

Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

Contenuto della rotazione straordinaria. La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. In analogia con la legge n. 97 del 2001, art. 3, si deve ritenere che il trasferimento possa avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.

Durata della rotazione straordinaria. Con riferimento all'istituto della rotazione straordinaria si ritiene che dovendo il provvedimento coprire la fase che va dall'avvio del procedimento all'eventuale decreto di rinvio a giudizio, il termine entro il quale esso perde efficacia dovrebbe esser più breve dei cinque anni previsti dalla legge n. 97.

Misure alternative in caso di impossibilità. La legge n. 97/2001 prevede l'ipotesi di impossibilità di attuare il trasferimento di ufficio "in ragione della qualifica rivestita ovvero per obiettivi motivi organizzativi", mentre il d.lgs.165 del 2001 nulla dice in proposito.

Si deve ritenere che l'ipotesi di impossibilità del trasferimento d'ufficio debba essere considerata, purché si tratti di ragioni obiettive, quali l'impossibilità di trovare un ufficio o una mansione di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire. Non possono valere considerazioni sulla soggettiva insostituibilità della persona.

Pertanto, in analogia con quanto previsto dalla legge n. 97/2001, in caso di obiettiva impossibilità, il dipendente è posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento.

Un caso di impossibilità potrà riscontrarsi in caso di rotazione applicata a un incarico amministrativo di vertice, considerato il carattere apicale dell'incarico, non modificabile in un diverso incarico all'interno dell'amministrazione. In questo caso l'impossibilità dovrebbe comportare, per coloro che sono anche dipendenti dell'amministrazione, il collocamento in aspettativa o la messa in disponibilità con conservazione del trattamento economico spettante in quanto dipendenti, mentre per coloro che non siano anche dipendenti, la revoca dell'incarico senza conservazione del contratto.

Conseguenze sull'incarico dirigenziale. La rotazione, comportando il trasferimento a diverso ufficio, consiste nell'anticipata revoca dell'incarico dirigenziale, con assegnazione ad altro incarico ovvero, in caso di impossibilità, con assegnazione a funzioni "ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specificamente previsti dall'ordinamento" (art. 19, co. 10, del d.lgs. n. 165 del 2001). Dato il carattere cautelare del provvedimento, destinato a una durata auspicabilmente breve (fino all'eventuale rinvio a giudizio o al proscioglimento), le amministrazioni potrebbero prevedere, nei loro regolamenti di organizzazione degli uffici, che l'incarico dirigenziale sia soltanto sospeso e attribuito non in via definitiva, ma interinale, ad altro dirigente. Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione, non potendo comportare l'assegnazione ad altro incarico equivalente, comporta la revoca dell'incarico medesimo, senza che si possa, considerata la natura e la rilevanza dell'incarico, procedere ad una sua mera sospensione. **Conseguenze sul rapporto di lavoro a tempo determinato sottostante l'incarico dirigenziale a soggetti esterni all'amministrazione.** Quanto al destino del contratto di lavoro a tempo determinato che accompagna il conferimento di incarichi dirigenziali (o amministrativi di vertice) a soggetti esterni all'amministrazione, come per i dipendenti viene mantenuto il trattamento economico in godimento, così, per i dirigenti esterni deve essere considerato valido il contratto di lavoro sottostante l'incarico.

Si tenga presente che l'esigenza della rotazione straordinaria prevale sulla specificità dell'incarico esterno: il soggetto, anche se reclutato per lo svolgimento di uno specifico incarico dirigenziale, può essere affidato a diverso ufficio o a diversa funzione (per esempio di staff) con la conservazione del contratto di lavoro e della retribuzione in esso stabilita.

Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione determina la revoca dell'incarico. Tale revoca, a sua volta, comporta due ordini di conseguenze:

- per i dirigenti apicali che siano dipendenti dell'amministrazione, la possibilità di assegnazione di un incarico o di un ufficio adeguato al mantenimento del trattamento economico spettante in quanto dipendente dell'amministrazione, ovvero, in caso di impossibilità di una tale soluzione, il collocamento in aspettativa o la messa in disponibilità;
- per i dirigenti apicali che non siano dipendenti dell'amministrazione, la revoca dell'incarico e la risoluzione del sottostante contratto di lavoro a tempo determinato.

Effetti dei procedimenti penali sull'incarico di RPCT. L'Autorità raccomanda alle amministrazioni di vigilare sulla necessità di "condotte integerrime" del RPCT, invitandole a revocare l'incarico in tutti i casi in cui tali condotte venissero meno. L'Autorità ritiene che nei casi "di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva" previsti dall'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs. 165/2001 - fase che risponde al momento dell'iscrizione nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., prescindendo dal requisito del rinvio a giudizio o da quello di una sentenza definitiva, l'amministrazione debba valutare con provvedimento motivato se assegnare il dipendente sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio e, conseguentemente, revocare eventualmente l'incarico di RPCT.

Se invece sussistono i presupposti per trasferimento ad altro ufficio a seguito di rinvio a giudizio come previsto dall'art. 3, co. 1, della legge n. 97 del 2001, l'amministrazione è tenuta a revocare immediatamente l'incarico di RPCT. Ciò in quanto la condotta di natura corruttiva è tale da travolgere in toto il requisito della "condotta integerrima" necessario al mantenimento dell'incarico del RPCT. In tutti gli altri casi di condanna per reati contro la p.a. vale quanto specificato nell'Aggiornamento 2018 al PNA. In ogni caso i provvedimenti di revoca devono essere tempestivamente comunicati all'Autorità secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Rotazione straordinaria come conseguenza dell'avvio di un procedimento disciplinare. L'ipotesi di applicazione della rotazione straordinaria anche nel caso di procedimenti disciplinari è espressamente prevista dalla lettera l-quater dell'art. 16, co. 1, sempre che si tratti di "condotte di natura corruttiva". Anche in questo caso la norma non specifica quali comportamenti, perseguiti non in sede penale, ma disciplinare, comportino l'applicazione della misura. In presenza di questa lacuna e considerata la delicatezza della materia, che ha consigliato una forte restrizione dei reati penali presupposto, si deve ritenere che il procedimento disciplinare rilevante sia quello avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate nei reati come sopra indicati. Nelle more dell'accertamento in sede disciplinare, tali fatti rilevano per la loro attitudine a compromettere l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e

giustificano il trasferimento, naturalmente 69 anch'esso temporaneo, ad altro ufficio. La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé).

f. Il Whistleblowing

L'art. 1, comma 51 della legge n. 190/2012, integrando il d.lgs. n. 165/2001 con il nuovo art. 54 bis, introduce la tutela del dipendente pubblico che denuncia (cfr. art. 361 c.p. "Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale") o riferisce comportamenti illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La norma impone che il dipendente che segnali un illecito non possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie sul luogo di lavoro per motivi in qualche modo collegati alla denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico; nell'ambito del procedimento disciplinare, la sua identità non può essere rivelata, senza il previo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, ad eccezione dei casi in cui non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: ciò significa che la rivelazione delle generalità del segnalante potrà avvenire soltanto ove ciò rappresenti l'unico elemento per difendersi dalle accuse mosse sul piano disciplinare.

La tutela del dipendente che segnala illeciti incontra ovviamente il limite rappresentato dai casi in cui la denuncia o la segnalazione integri i reati di calunnia o di diffamazione (con i connessi profili risarcitori).

L'adozione di misure discriminatorie (e cioè, come precisato nel PNA, le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili) è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione.

La denuncia è sottratta al diritto di accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e dall'art. 10 D.lgs. 267/2000. Le segnalazioni di illecito sono altresì sottratte dall'accesso civico di cui all'art. 5 del Dlgs 33/13 così come modificato dal Dlgs 97/16.

Il whistleblower è, dunque, colui che segnala l'illecito di cui sia venuto a conoscenza nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative ed il whistleblowing rappresenta l'attività di regolamentazione delle procedure finalizzate ad incentivare e tutelare tali segnalazioni.

Si considerano rilevanti le segnalazioni riguardanti comportamenti oggettivamente illeciti o sintomatici di malfunzionamento e non eventuali e soggettive lamentele personali che non saranno processate dall'IRCCS.

La misura al momento individuata dall'IRCCS consiste nell'implementazione di un sistema informativo centralizzato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti che garantisce l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Le segnalazioni possono essere inviate all'indirizzo web: irccsdebellis.whistleblowing.it.

g. Inconferibilità, incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse presso la pubblica amministrazione

In tema di inconferibilità e incompatibilità, l'ANAC si è più volte pronunciata e ha adottato le linee guida relative al ruolo e funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità, Delibera ANAC 833 del 21/08/2016.

L'art. 20 del D.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4). Considerato che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico, l'Autorità ha spesso riscontrato che la dichiarazione risulta acquisita in un momento successivo alla data di conferimento dell'incarico. Tale prassi non è conforme alla normativa.

Le dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità sono acquisite, su impulso del RPCT, con cadenza annuale e pubblicate nell'apposita sottosezione di Amministrazione Trasparente. L'accertamento delle situazioni di incompatibilità e conflitto di interesse è stato, invece, affidato a ai referenti per la prevenzione della corruzione, secondo quanto previsto per lo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali, ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001 e Legge 190/2012. Si prevede nel corso del 2021 la stesura e approvazione di specifico regolamento.

La regolamentazione di tutte le ipotesi di conflitto di interessi in cui possano venire a trovarsi i dipendenti dell'IRCCS è affidata al Codice di comportamento. I dipendenti non possono partecipare ad associazioni o organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall'Istituto; sussiste ad ogni modo l'obbligo di tempestiva comunicazione nel caso in cui gli stessi partecipino a associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento di attività d'ufficio. Inoltre, l'IRCCS ha provveduto a far sottoscrivere, da tutti i professionisti di area sanitaria ed amministrativa dell'Istituto, le dichiarazioni pubbliche di interessi su indicazione dell'Agenas.

Nello specifico è stata utilizzata la seguente modulistica per successivi controlli e monitoraggi:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".

- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".

h. Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti

L'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

Si raccomanda pertanto alle amministrazioni di prevedere nei PTPCT adeguate misure relative all'accertamento dell'assenza di conflitti di interessi con riguardo ai consulenti quali ad esempio:

- predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- aggiornamento, con cadenza periodica da definire (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni (es. organo conferente l'incarico o altro Ufficio);
- consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica;
- acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;
- audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

Sul punto, si segnala che l'Istituto provvede al presidio della presente sub-area di conflitto di interessi attraverso misure già in essere, in parte riconducibili agli obblighi di trasparenza e, in parte, ricollegabili ai moduli predisposti e adottati aventi ad oggetto "conflitto di interessi e obbligo di astensione-modelli per le dichiarazioni".

i. Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici

L'art. 42 del codice dei contratti pubblici richiede alle stazioni appaltanti la previsione di misure adeguate a contrastare frodi e corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. La funzione della norma è quella di evitare che l'amministrazione aggiudicatrice si lasci guidare, nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi. Al secondo comma, la disposizione offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedure di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. In questo caso, il rimedio all'ipotesi di conflitto di interessi consiste nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale. La disposizione in esame va coordinata con l'art. 80, co. 5, lett. d) del codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile. In ogni caso, l'Autorità ha dedicato un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019, recante le «Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici». Come specificato nel PNA 2019, le Linee guida hanno natura non vincolante per i destinatari e sono state predisposte con l'obiettivo di agevolare le stazioni

appaltanti nell'attività di individuazione, prevenzione e risoluzione dei conflitti di interessi nelle procedure di gara favorendo la standardizzazione dei comportamenti e la diffusione delle buone pratiche.

Con la parte speciale del PNA 2022, è stata fatta specifica trattazione della misura generale di contrasto alla corruzione del conflitto di interessi in ambito di contratti pubblici a seguito della delicata trattazione dell'impiego dei finanziamenti rivenienti dai PNRR. L'obiettivo è quello di impedire che l'amministrazione aggiudicatrice si lasci guidare, nella scelta del contraente, da considerazioni estranee all'appalto, accordando la preferenza a un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi, richiedendosi l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del d.P.R. n. 62/2013, per il personale di una stazione appaltante versa in tale situazione. In detta sezione del PNA vengono riportate tutte le figure che potenzialmente rientrano in tale posizione imponendo l'obbligo di astensione. Anche i soggetti che compongono gli organi politici, si ritiene che, in via generale, non assumano incarichi di natura amministrativa, in coerenza con il principio di separazione tra politica e amministrazione, purtuttavia, in alcune situazioni residuali, il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere un ruolo gestionale, in relazione al quale sussiste l'obbligo dichiarativo. Le misure di prevenzione risultano quindi identificabili nel sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti - dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione - dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto. Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali si ritiene che, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, ad avviso dell'Autorità, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Ciò si desume proprio dall'art. 42, co. 3, del Codice dei contratti pubblici. L'obbligo è di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP (cfr. § 6.3. LL.GG. n. 15/2019) e dei commissari di gara (cfr. art. 77 d.lgs. 50/2016).

Pertanto si conclude:

- che la stazione appaltante acquisisce le dichiarazioni e provvede a protocollare, raccogliere e conservare le stesse;
- gli uffici competenti della stazione appaltante (ad esempio l'ufficio del personale) possono effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP. Tali controlli devono però essere avviati ogni volta che sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate.

Si rinvia al PNA 2022 per i compiti del RUP e del RPCT in merito all'acquisizione e conservazione documentale dei moduli.

j. Gli incarichi extraistituzionali

La disciplina relativa all'autorizzazione a poter svolgere, da parte dei dipendenti pubblici, attività extraistituzionali trova la sua ratio nella necessità di evitare situazioni di conflitto d'interesse. Infatti, ai sensi dell'art.53, comma 5 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012, si stabilisce che "...il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente". La disciplina prevista dal Codice di comportamento dell'IRCCS è limitativa in linea con il dettato normativo. Ciascun dipendente dell'IRCCS, prima dell'espletamento di attività extra-istituzionali, provvede a compilare apposita dichiarazione da sottoporre al diretto Responsabile sovraordinato per la relativa autorizzazione.

k. Acquisti di beni e servizi

Considerato che le Linee guida ANAC n. 4, aggiornate al Decreto Correttivo con Deliberazione n. 206 del 1 marzo 2018, stabiliscono al punto 3.6, in materia di rotazione degli inviti e degli affidamenti che: "La stazione appaltante, in apposito regolamento (di contabilità ovvero di specifica disciplina delle procedure di affidamento di appalti di forniture, servizi e lavori), può suddividere gli affidamenti in fasce di valore economico, in modo da applicare la rotazione solo in caso di affidamenti rientranti nella stessa fascia"

l. Patti di integrità

Questa misura consiste nella redazione di un documento (c.d. patto di integrità o protocollo di legalità) che il soggetto appaltante richiede di rispettare in maniera puntuale ai concorrenti alle gare al fine di assicurare un controllo sul reciproco operato e, eventualmente, il ricorso all'adozione di sanzioni nel caso in cui alcuni dei principi o delle richieste in esso stabile non vengano rispettate. Questi atti contengono infatti un complesso di regole comportamentali volte a prevenire il fenomeno corruttivo e, allo stesso tempo, valorizzare i comportamenti adeguati per tutti i concorrenti. A tal proposito l'IRCCS ha predisposto un patto di integrità che è regolarmente utilizzato dall'Ufficio competente per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture. Il modello di Patto di integrità è obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara d'appalto.

m. Il pantouflage

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti. Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione). L'ANAC è intervenuta con la Delibera n. 1074/2018 sull'argomento, dedicando appositi paragrafi al fenomeno nell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione chiarendo, in dettaglio, gli aspetti di seguito trattati.

Ambito di applicazione.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. Si evidenzia che una limitazione ai soli dipendenti con contratto a tempo indeterminato sarebbe in contrasto con la ratio della norma, volta a evitare condizionamenti nell'esercizio di funzioni pubbliche, e sono, pertanto da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015). Si evidenzia, inoltre, che il divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati è da intendersi riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i medesimi soggetti privati, mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare in favore degli stessi.

Tale linea interpretativa emerge chiaramente dalla disciplina sulle incompatibilità e inconfiribilità di incarichi, laddove l'ambito di applicazione del divieto di pantouflage è stato ulteriormente definito. L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel medesimo decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

Si è inteso così estendere la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, rafforzando la finalità dell'istituto in argomento quale presidio del rischio corruttivo. Nel prosieguo, il riferimento ai dipendenti pubblici va, pertanto, inteso nel senso di ricomprendere anche i titolari di incarichi indicati all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.

Con l'intervento del PNA 2022 i soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali. Sono esclusi, inoltre, dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata

Esercizio di poteri autoritativi e negoziali

Altro profilo che risulta importante precisare riguarda il contenuto dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali, presupposto per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie. L'Autorità si è pronunciata con delibere, orientamenti e pareri, allo scopo di risolvere le perplessità emerse al riguardo. In primo luogo, si osserva che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, co. 16-ter, cit., sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015). Si ritiene inoltre che il rischio di precostituirsi situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC sulla normativa AG 74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage

si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento. L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).

Soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione.

Per quanto concerne i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, si ritiene che, al di là della formulazione letterale della norma che sembra riguardare solo società, imprese, studi professionali, la nozione di soggetto privato debba essere la più ampia possibile. Sono pertanto da considerarsi anche i soggetti che, pur formalmente privati, sono partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, in quanto la loro esclusione comporterebbe una ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento. Occorre in ogni caso, come visto sopra, verificare in concreto se le funzioni svolte dal dipendente siano state esercitate effettivamente nei confronti del soggetto privato.

Spetta invece al RPCT la competenza in merito al procedimento di contestazione all'interessato dell'inconferibilità e incompatibilità dell'incarico, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 con la conseguente adozione delle sanzioni previste all'art. 18, co. 1, del d.lgs. 39/2013.

Sanzioni.

Le conseguenze della violazione del divieto di pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma. Al soggetto privato è inoltre preclusa la possibilità di stipulare contratti con la pubblica amministrazione. Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti e accertati per lo svolgimento dell'incarico.

Misure di contrasto del Pantouflage

Clausole contrattuali specifiche di divieto sia per contratti di appalto sia per contratti di reclutamento di personale.

n. Responsabile RASA

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante IRCCS. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici ex Dlgs. 50/2016.

o. Sponsorizzazioni

I rapporti tra l'IRCCS e le Aziende, nonché le Sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti a rischio di fenomeni di corruzione e di conflitto d'interesse. L'IRCCS ha già provveduto alla predisposizione di una bozza di regolamento interno che disciplina qualsiasi forma di sponsorizzazione, indicando altresì le condizioni necessarie per assicurare all'IRCCS una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e trasparenza. L'adozione di tale regolamento tramite deliberazione del Direttore Generale è prevista nei primi mesi del 2021.

p. Sperimentazioni cliniche

Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche è istituito ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione ed il funzionamento dei Comitati etici", che prevede uno specifico articolo (art. 3) dedicato all'indipendenza ed al conflitto d'interessi. L'indipendenza dei comitati etici è garantita dalla presenza di componenti esterni alle strutture sanitarie, in misura non inferiore ad un terzo del totale, nonché dalla estraneità e mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta. Nel caso di specie, il Comitato Etico è stato istituito presso l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari con atto deliberativo del Direttore Generale n. 259 del 20 Giugno 2013, ai sensi del Decreto-legge n°158 del 13 Settembre 2012 convertito con modificazioni dal decreto Balduzzi D.L. n.189 del 8 Novembre 2012 (Supp.Ord. n.201/L.G.U. n° 263 del 10 Novembre 2012) e recepita dalla Regione Puglia con atto deliberativo n.1227 del 4 Luglio 2013.

L'IRCCS rientra nell'Area di aggregazione 5 presso l'IRCCS Istituto Tumori G. Paolo II di Bari quale competenza territoriale interprovinciale per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Puglia:

- IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II – BARI
- IRCCS FONDAZIONE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA- SAN GIOVANNI ROTONDO
- IRCCS FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI CASSANO DELLE MURGE (BA)
- IRCCS FONDAZIONE MEDEA (BR)

Il Regolamento del Comitato Etico è stato aggiornato con deliberazione del Direttore Generale dell'IRCCS di Bari al n. 1 del 02/01/2017. I componenti del CE compilano le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi e sono tenuti ad astenersi

dalla valutazione di quegli studi per i quali possa sussistere un conflitto di interessi, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio. L'IRCCS ha provveduto all'adozione di specifico Regolamento in materia di Sperimentazioni Cliniche con deliberazione del Direttore Generale n. 266 del 15 aprile 2019.

q. Gestione attività ALPI e Liste di attesa

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'IRCCS ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 518/2018 del 27/04/2018, l'aggiornamento del Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività intramoenia del personale aziendale. L'IRCCS prevede altresì di pubblicare periodicamente, quale misura di trasparenza ulteriore, i verbali delle commissioni paritetiche ALPI quest'ultime finalizzate al controllo e verifica del regolare svolgimento delle attività ALPI da parte del personale autorizzato.

r. Gestione alienazione immobili

In riferimento all'eventuale cessione di immobili a terzi da parte dell'IRCCS, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) o comunque acquisiti, è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare ed alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Pertanto l'IRCCS, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dall'art. 30 del D.lgs. 33/2013, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti (proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, rende disponibili, ove applicabili, anche le seguenti tipologie di informazioni: a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse); b) patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore; c) esito delle procedure di dismissione/locazione; d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato

Obiettivi per l'anno 2023

Monitoraggio

s. Gestione donazioni e comodati d'uso

L'IRCCS presta particolare attenzione alle modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato. A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, l'IRCCS prevede di definire, entro il 2019, specifiche misure organizzative per la gestione dei comodati d'uso, integrandole in un unico Regolamento sulle donazioni e liberalità.

t. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica. Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, l'IRCCS ha già provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando il referente interno della UOS Servizi Tecnici, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 629 del 29 ottobre 2019.

u. Gestore segnalazioni UIF

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione.

3.1.1.3. c2 Misure specifiche o ulteriori

Nell'ottica della gradualità di implementazione del sistema di contrasto alla corruzione, giustificata peraltro dalla applicazione della nuova metodologia di analisi e valutazione del rischio oltre che di una più capillare incisività della mappatura dei processi, le misure preventive specifiche che verranno messe in campo nelle varie macroaree hanno rappresentato una

selezione di quelle già individuate nella fase di analisi e trattamento del rischio riportate nell'Allegato 2 al PTPCT 2020/2022, sebbene le stesse abbiano riguardato la totalità delle aree a rischio corruzione.

Atteso che, ai fini della verifica dell'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste, il RPCT provvederà per il 2022 a richiedere, come fatto per il 2021, ai responsabili delle strutture organizzative, informazioni in merito all'attuazione delle misure e delle attività di prevenzione poste in essere; alle strutture di riferimento verrà infatti chiesto di fornire un report/relazione sintetica sulle azioni intraprese concernenti l'adozione della misura indicata al fine di definire il contenuto della reportistica di controllo da parte del RPCT, estrapolando dal Piano Allegato b) al PIAO 2023-2025 le misure attuate di competenza e le proposte migliorative.

In altre parole, ai responsabili delle strutture, per competenza, viene chiesto di rendicontare o sullo stato di attuazione della misura programmata (attività di implementazione 100 della misura) o sulle attività di controllo/verifica previste, dirette ad accertare la reale adozione della misura pianificata ovvero su entrambe.

Obiettivi per l'anno 2023

La definizione delle misure specifiche per l'anno 2023 muove dai risultati raggiunti nell'anno e si propone di continuare alla luce della nuova metodologia operativa, frutto dell'adozione delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'Allegato 1 al PNA 2019, secondo il nuovo approccio valutativo di tipo qualitativo.

Di seguito l'elenco delle misure individuate ed implementate già nella corrente sezione:

- Monitoraggio tempi (costi) di assegnazione per evitare proroghe vietate;
- Obblighi di riservatezza;
- Regole di condotta;
- Verifica periodica della sussistenza dei requisiti per svolgimento ALPI
- Negoziazione volumi attività in ALPI
- Informatizzazione liste di attesa
- Gestione agende liste attesa tramite CUP
- Standardizzazione procedure;
- Trasparenza interna;
- Verifica procedure a cura del Dirigente;
- Verifica stato avanzamento da parte del direttore dell'esecuzione del contratto;
- Rotazione incarichi;
- Divieto di abuso della procedura di affidamento diretto;
- Astensione dal procedimento in caso di conflitto di interesse;
- Tracciabilità dei flussi informativi relativi alle autorizzazioni per sperimentazione cliniche;
- Non accettare pagamenti dai pazienti coinvolti in sperimentazioni cliniche;
- Monitoraggio del rispetto dei tempi di attuazione accessibilità alle informazioni;

Misure ulteriori indicate dal [PNA 2022](#) sul comportamento a rischio dovuto a mancata astensione per conflitto di interessi

- individuazione dei criteri di rotazione nella nomina del RUP tenuto conto delle modalità organizzative
- previsione, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di sanzioni in caso di violazione degli impegni sottoscritti;
- attestazione del RUP nel provvedimento di affidamento/aggiudicazione di assenza di situazioni di conflitto di interessi;
- attività di sensibilizzazione del personale sul conflitto di interessi con la formazione specifica.

3.1.1.4. Monitoraggio del PTPCT 2022-2024

L'Allegato PTPCT 2022-2024 al presente Piano, di contro, propone gli aggiornamenti precedentemente disquisiti definendo i contenuti programmatici affidati al presente Piano nell'ottica di seguire le raccomandazioni del PNA 2019 e del suo allegato 1, da ciò scaturendo i contenuti del documento di aggiornamento di Mappatura dei processi e di Valutazione del rischio 2021-2023, in riferimento al quale si riportano le colonne conseguenti così denominate (vedi colonne della matrice riportate sopra):

INDICATORI DI ATTUAZIONE
VALORE TARGET
SOGGETTO RESPONSABILE

I nuovi indici per la valutazione delle misure di prevenzioni (generali e specifiche) ed il loro monitoraggio, il quale avverrà con la compilazione di specifici report da parte dei referenti. Tale attività è meglio dettagliata nella sezione Monitoraggio del PIAO 2023-2025.

3.1.1.5. Riesame periodico della funzionalità del sistema

Nella sezione Monitoraggio del presente documento sono riportate le attività attuate e da attuare nel corso del 2022 quale strumento di riesame periodico rispetto ai riscontri di funzionalità delle misure generali e specifiche.

3.1.1.6. Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Tra le modifiche più importanti apportate dal D.lgs. 97/2016 al D.lgs. 33/2013 (Decreto Trasparenza) rileva la piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione. Ogni amministrazione, infatti, è tenuta ad adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza. Gli obiettivi in materia di trasparenza, così come previsto dal comma 8 dell'art.1 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 comma 1 lett. g) del D.lgs. 97/2016, costituiscono obiettivi strategici (la cui definizione spetta all'organo politico) e, dunque, elemento necessario e ineludibile della sezione del PTPCT dedicata alla trasparenza. Inoltre, il legislatore ha rafforzato poi la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della performance. Ciò al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti. Nel novellato art. 10 del D.lgs. 33/2013, che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati. Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione, che nell'Istituto coincidono nello stesso soggetto. In altre parole, in questa sezione del PTPCT non può mancare uno schema in cui, per ciascun obbligo, siano espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. Nella sezione del PTPCT dedicata alla programmazione della trasparenza è, inoltre, opportuno che ogni amministrazione definisca, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato nonché le modalità stabilite per la vigilanza e il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi. Premesso che per la tempistica degli adempimenti l'Istituto si rifà a quanto indicato nella tabella allegata alle linee guida ANAC sul D.lgs. 97/2016, la vigilanza e il monitoraggio competono al RPCT che, in considerazione anche degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, necessariamente dovrà essere supportato da un "presidio organizzativo costante della trasparenza", così come auspicato anche dall'ANAC nel PNA 2016.

Organismo indipendente di valutazione della performance

L'OIV verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione trasparenza e quelli indicati nel Piano annuale degli obiettivi, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori. L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento da parte dell'Istituto degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, secondo le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC. I relativi esiti sono pubblicati sul sito web aziendale in "Amministrazione Trasparente". L'OIV, al pari degli altri soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile della trasparenza e dei responsabili delle singole aree tenuti alla trasmissione dei dati (art. 44).

L'Ufficio relazioni con il pubblico,

L'Ufficio per le relazioni con il pubblico aziendale rappresenta la prima interfaccia con il cittadino/utente ed è proprio questa situazione di fatto che lo rende uno degli snodi principali del "sistema trasparenza".

A tal fine, in via esemplificativa e non esaustiva, l'URP:

- valuta e propone al RPCT soluzioni organizzative per l'attivazione di nuove metodologie di segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi, episodi corruttivi;
- fornisce informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Istituto;
- raccoglie le segnalazioni dei cittadini (encomi, reclami o spunti di miglioramento);
- effettua il monitoraggio attivo della qualità percepita curando la somministrazione di questionari di gradimento per l'area ambulatoriale e di degenza;
- svolge attività di ascolto e mediazione dei conflitti tra cittadino e professionista;
- organizza la "giornata della trasparenza" in sinergia con la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV;
- si rapporta con le varie Associazioni di Volontariato ammesse all'interno dell'Istituto.

L'ANAC

In qualità di Autorità nazionale anticorruzione, l'ANAC controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi e ordinando l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza. Inoltre, controlla l'operato del responsabile per la trasparenza. La ANAC può avvalersi delle banche dati istituite presso la Presidenza del

Consiglio dei Ministri-Dipartimento della funzione pubblica per il monitoraggio degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione.

Accesso civico

Il decreto legislativo n. 33/2013 ha introdotto e disciplinato l'istituto dell'accesso civico, riconoscendo a chiunque il diritto di richiedere documenti/informazioni/dati per i quali non risulti osservato dalla pubblica amministrazione l'obbligo di pubblicazione previsto dalla normativa.

L'istituto dell'accesso civico è stato previsto e disciplinato nei PP.TT.PP.CC. aziendali.

Si è, inoltre, proceduto alla pubblicazione nella sezione dedicata (Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Accesso civico) di una nuova tabella di sintesi delle informazioni necessarie sulle modalità di accesso agli atti amministrativi e della modulistica aggiornata per esercitare l'accesso. Premesso che l'Autorità con linee guida adottate con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, ha invitato le amministrazioni destinatarie a disciplinare con un apposito regolamento le modalità di esercizio dell'accesso generalizzato, al fine di assicurare l'efficacia di tale diritto.

In base alle disposizioni in materia, nel 2021 è stata istituita la sottosezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentata nel 2021 con recupero dell'anno 2020. Vedi link seguente:

<https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/registro-degli-accessi>.

3.1.1.6. a Oggetto e riferimenti normativi

A seguito dell'applicazione dal 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Sul punto, l'ANAC (Delibera n. 1074/2018) ritiene che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Tuttavia, si rammenta che, l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati. In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la protezione dei dati personali, «Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati», in G.U. n. 134 del 12 giugno 2014 e in www.gpdp.it, doc. web n. 3134436, attualmente in corso di aggiornamento).

Si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (vedi infra-paragrafo successivo) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in Relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD). 4.1 Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati-RPD.

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

Fermo restando, quindi, che il RPCT è sempre un soggetto interno, qualora il RPD sia individuato anch'esso fra soggetti interni, l'Autorità (Delibera n. 1074/2018) ritiene che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT.

Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Riprendendo l'esempio di cui alla Delibera ANAC 1074/2018, si consideri il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013.

In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RDP nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali

Ciò anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

Di seguito si riportano i provvedimenti adottati in materia da parte dell'Istituto:

- Determina del Direttore Generale 525/2020, nomina del RDP-Responsabile Protezione Dati Personali, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679;
- Delibera 19/2019, Nuovo Regolamento Aziendale in Materia di Protezione dei Dati Personali.

3.1.1.6. b Organizzazione per la trasparenza

Nei seguenti paragrafi si elencano i soggetti e le relative responsabilità nell'ambito del programma trasparenza dell'Istituto.

Responsabile per la trasparenza

Il Responsabile della trasparenza, che coincide con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n.15 del 22/01/2021, svolge i compiti previsti dall'art.43 del D.lgs. 33/2013 e precisamente:

- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate" (comma 1);
- segnala al Direttore Generale, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (comma 1);
- provvede all'aggiornamento della sezione trasparenza nell'ambito del PTPCT;
- controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico (comma 4).
- effettuare un'attività di monitoraggio periodico sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza sulla base di appositi report forniti dai Referenti della Trasparenza.

La pubblicazione e l'aggiornamento di tutti i dati richiesti dal D.lgs. 33/2013, è a carico del responsabile dell'ufficio competente in materia di pubblicazione, mentre il Responsabile della trasparenza svolge unicamente attività di coordinamento e vigilanza.

Nelle comunicazioni inerenti ai dati da pubblicare, i direttori/dirigenti devono rispettare i limiti alla trasparenza, come meglio descritti nelle linee guida in materia di trattamento dei dati personali contenute nel provvedimento n° 243 del 15/05/2014 del Garante della Privacy.

Dirigenti responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

I soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture, ognuno per gli adempimenti di propria competenza. I Dirigenti Responsabile di ciascuna Struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati (tassativamente in formato aperto). I Direttori / Dirigenti responsabili delle strutture aziendali assumono, quindi, il ruolo di "Referenti aziendali per la trasparenza". Di seguito le articolazioni aziendali in cui sono individuati in quanto Direttori / Dirigenti responsabili:

- Direzione Scientifica
- UOSA Valorizzazione della ricerca
- UOSVA Innovazione tecnologica, Sanità digitale
- Direzione Sanitaria
- U.O.C. Chirurgia I
- U.O.C. Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e CG
- U.O.S. Burocratico-legale e Affari Generali
- U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
- U.O.C. Area Gestione Patrimonio
- UOSVA Gestione Servizi Tecnici

Nei loro confronti, il Responsabile della Trasparenza, svolge esclusivamente funzioni di coordinamento delle attività in tema di trasparenza mediante:

- comunicazioni;
- informazioni;
- eventuali disposizioni operative;
- organizzazione e coordinamento di appositi gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Per quanto detto, Referenti aziendali per la trasparenza sono gli unici responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Programma.

3.1.1.6. c Obiettivi in tema di trasparenza

Per l'anno in corso le attività in materia di Trasparenza prevedono:

L'aggiornamento della sezione riguardante l'insediamento del nuovo CIV (Consiglio di Indirizzo e Verifica), giusta DDG n. 5/2021, con contestuale archiviazione del vecchio assetto CIV.

- Ricognizione periodica degli obblighi informativi non pubblicati con sollecito ad adempiere ai referenti responsabili;
- Aggiornamento e diffusione della modulistica da sottoporre al CIV inerente gli obblighi previsti dall'art.14 del D.Lgs. n.33/2013;
- Aggiornamento dell'articolazione degli uffici: questa sezione, su sito web istituzionale è in fase di allestimento, riorganizzazione e nuova rappresentazione grafica relativamente agli uffici dell'ente in conformità alla DDG n. 91/2020 Adozione dell'Assetto Normativo Interno. Aggiornamento contenuti;
- Telefono e Posta Elettronica: da aggiornare elenco telefonico interno.

Per quanto concerne il personale:

- Aggiornamento dei Titolari di incarichi dirigenziali
- Aggiornamento dei titolari delle posizioni organizzative;

La sezione privacy del sito sarà oggetto di revisione e costante aggiornamento

Aggiornamento del PIAO

Il presente Piano verrà aggiornato annualmente (entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, salvo proroghe come quanto definito al 30 aprile rispetto all'adozione del PIAO 2022-2024 e sua sezione PTPCT 2022-2024) e adottato con deliberazione del Direttore Generale dell'Istituto. Sarà inoltre integrato dalle indicazioni fornite dall'ANAC, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Entrata in vigore

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione 2022– 2024 entra in vigore il giorno successivo alla deliberazione del provvedimento di adozione con la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita voce della sezione "Amministrazione Trasparente".

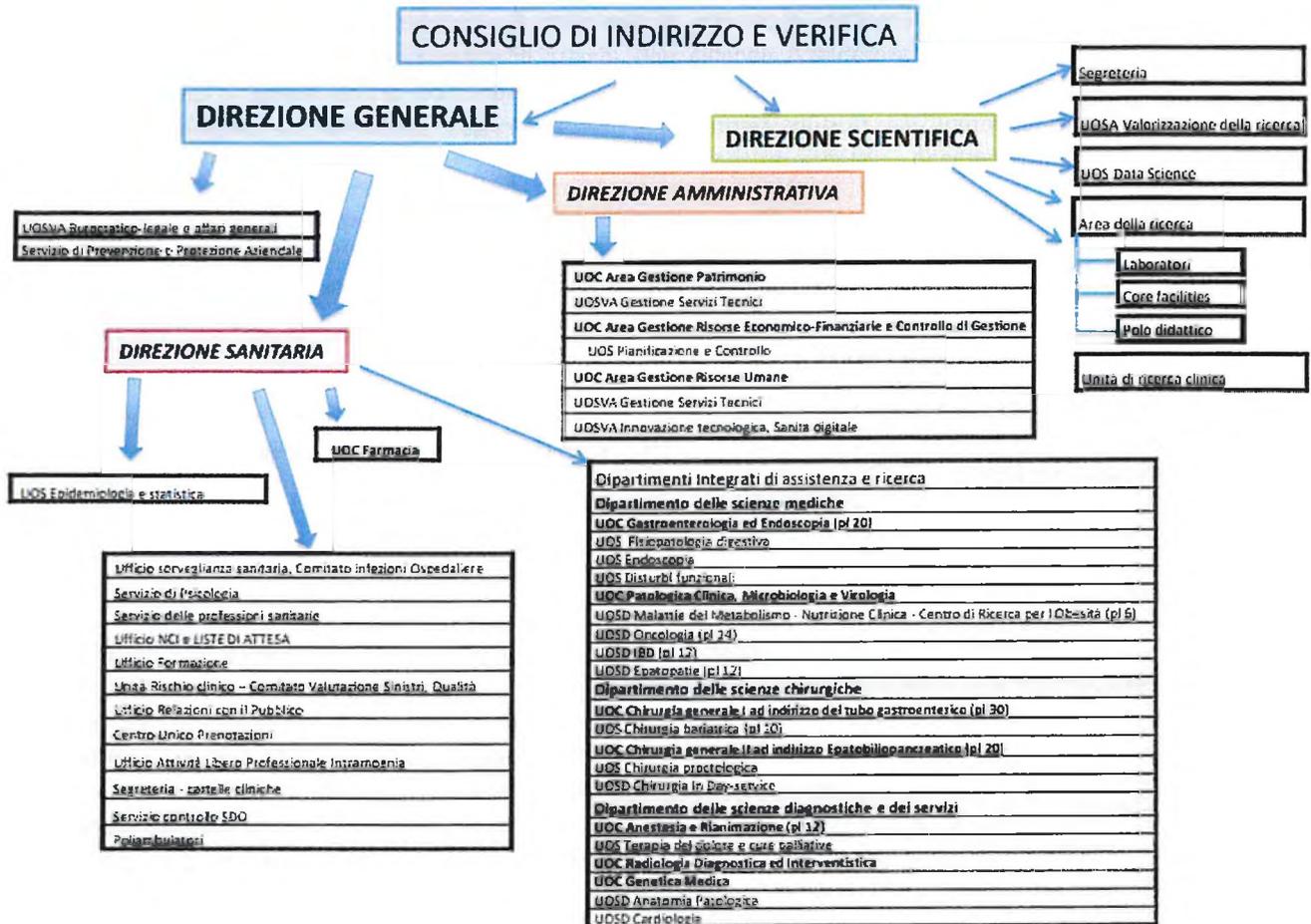
Relazione annuale

Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione annuale che rendiconti l'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano c.d. PTPCT e che dovrà essere pubblicata sul sito web istituzionale, sulla base delle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sezione 4. Organizzazione e capitale umano

4.1 Struttura organizzativa

Con riferimento alla Deliberazione del DG n.624 del 6/12/2022 è stato approvato il vigente assetto organizzativo dell'Istituto, come di seguito schematizzato:



ELENCO UNITA' OPERATIVE COMPLESSE E SEMPLICI

UNITA' OPERATIVE COMPLESSE	
1	UOC Area Gestione Patrimonio
2	UOC Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie e Controllo di Gestione
3	UOC Area Gestione Risorse Umane
4	UOC Farmacia
5	UOC Radiologia Diagnostica ed Interventistica
6	UOC Gastroenterologia ed Endoscopia (pl 20)
7	UOC Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia
8	UOC Genetica Medica
9	UOC Anestesia e Rianimazione (pl 12)
10	UOC Chirurgia generale I ad indirizzo del tubo gastroenterico (pl 30)
11	UOC Chirurgia generale II ad indirizzo Epatobiliopancreatico (pl 20)

UNITA' OPERATIVE SEMPLICI, DIPARTIMENTALI E A VALENZA AZIENDALE	
1	UOS Pianificazione e Controllo
2	UOSA Burocratico-legale e Affari Generali
3	UOSA Innovazione tecnologica, sanità digitale
4	UOSA Gestione servizi tecnici
5	UOSA Valorizzazione della ricerca
6	UOS Data Science
7	UOS Epidemiologia e statistica
8	UOS Fisiopatologia digestiva
9	UOS Endoscopia
10	UOS Disturbi funzionali
11	UOS Terapia del dolore e cure palliative
12	UOS Chirurgia bariatrica (pl 10)
13	UOS Chirurgia proctologica
14	UOSD Malattie del Metabolismo - Nutrizione Clinica - Centro di Ricerca per l'Obesità (pl 6)
15	UOSD Oncologia (pl 14)
16	UOSD IBD (pl 12)
17	UOSD Epatopatie (pl 12)
18	UOSD Anatomia Patologica
19	UOSD Cardiologia
20	UOSD Chirurgia in Day-service

4.2 Organizzazione del lavoro agile

4.2.1. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) 2023-2024

Un primo approccio con la modalità del Lavoro Agile è stato impostato nel corso del 2020 a seguito dell'obbligata introduzione di tale modalità semplificata nelle logiche dello smartworking, giusta DDG n.139 del 10/03/2020 e successiva DDG n.169 del 06/04/2020, col fine di fronteggiare l'emergenza sanitaria attivando il distanziamento nei luoghi di lavoro.

Con tali provvedimenti il Direttore Generale ha previsto la possibilità di autorizzare, a seguito di istanza avanzata dai dipendenti, lo svolgimento di attività lavorative in modalità agile, in base all'assegnazione di specifici obiettivi da conseguire e da rendicontare con appositi rapportini giornalieri da comunicare ai responsabili di riferimento. In tale modalità sono rientrati anche i ricercatori afferenti alle strutture scientifiche di ricerca, per i quali sussistevano le condizioni lavorative per conseguire i propri obiettivi operando a distanza anziché on-site.

È stato approvato a seguito di confronto con le OO.SS. il 14/03/2023, il Regolamento sul Lavoro Agile, considerandosi il primo passo verso l'adozione di un Piano Organizzativo del Lavoro Agile, al fine di disciplinare le modalità operative per la concessione di tale modalità lavorativa nei confronti dei dipendenti. Con l'allegato c) al presente PIAO 2023-2025 si riporta il regolamento approvato dalle OO.SS. sia del comparto che della dirigenza area sanità che professionale tecnica ed amministrativa.

L'allegato c) al presente PIAO 2023-2025 esplicita gli orientamenti considerati da parte dell'Amministrazione rispetto all'anno 2023 di un prossimo Piano Organizzativo del lavoro agile, nei modi e nei termini consentiti dalla legge e dal CCNL 2019-2021 del Comparto firmato il 2/11/2022.

4.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con particolare riferimento al Piano Triennale del fabbisogno di personale, il D.L. n.80/2021 convertito, con modificazioni, dalla L. n. 113/2021, dispone che il PIAO definisce *compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.*

L'art. 1, comma 1 del D.P.R. n. 81/2022, "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", ha abrogato, tra gli altri, gli adempimenti riferiti al Piano triennale dei fabbisogni di personale di cui all'art. 6, commi 1, 4 e 6, del D.Lgs. n. 165/2001, disponendo, al successivo comma 2, che "per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, tutti i richiami ai piani individuati al comma 1 sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO".

Tanto premesso, con la presente si intendono fornire indicazioni in merito ai Piani Triennali del Fabbisogno di Personale del presente PIAO, alla luce del valore prevalente di coordinamento finora assunto dal PIAO rispetto ai precedenti strumenti di programmazione aziendale, che, a regime, saranno sostituiti da quest'ultimo, nonché al fine di procedere all'allineamento temporale dei PTFP aziendali con il triennio di riferimento del PIAO.

Al riguardo il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della regione Puglia, ha comunicato con nota AOO_005/PROT/24/01/2023/0000635, nelle more dell'imminente adozione del nuovo modello di PTFP per gli anni 2022 - 2024, che la specifica sezione del PIAO non potrà che riportare le informazioni di dettaglio relative al PTFP da ultimo approvato da parte della Giunta Regionale, e dunque a quello relativo al triennio 2020-2022 ed a quello relativo al triennio 2021-2023 di cui alle rispettive deliberazioni di Giunta regionale di approvazione" e precisamente la D.G.R. n.389 del 21/03/2022 e D.G.R. n.1980 del 22.12.2022.

La tabella riportata alla sezione 2.2 della performance, sottosezione "Il personale", fornisce uno spunto di riflessione attraverso la presentazione di dati riguardanti il personale su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto, per dare in questa sezione approfondimenti inerenti alla programmazione assunzionale di personale definita nei PTFP del 2022 e di quello ipotizzato per il 2023, come riportato nella tabella dell'allegato d) al presente PIAO 2023-2025 e presa dall'allegato della deliberazione n.641 del 19/12/2022 di oggetto "Adozione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2021-2023".

4.3.1 Piano triennale di fabbisogno del personale 2023

Il Piano di Fabbisogno di personale pocanzi presentato, ed in corso di rimodulazione per il triennio di riferimento del presente PIAO 2023-2025, definisce un quadro non completamente consolidato rispetto alle attività di reclutamento da prevedere, vista anche la necessità di rimodulare rispetto quanto cambiato subito dopo l'adozione del PTFP 2021-2023 con la DDG 641 del 19/12/2022 che come rappresentato prima ha trovato approvazione da parte della regione puglia con D.G.R. n.1980 del 22.12.2022.

L'andata in vigore del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, nell'ambito della quale sono state previste ulteriori possibilità di stabilizzazione del personale rientrante nella parametrizzazione della legge n.234/2021 comma 268, che ha visto l'ampliamento del diritto al personale con requisiti dei 18 mesi non più al 30/06/2022 ma al 31/12/2023 ha visto nuove opportunità per l'Istituto che si sono tradotte in ulteriori reclutamenti a tempo indeterminato.

Considerato che con nota prot.n.16681 del 24/11/2022, effettuate le opportune verifiche, è stato trasmesso al competente Dipartimento Regionale l'elenco del personale in servizio presso l'Istituto in possesso dei requisiti per la stabilizzazione al 31/12/2022, ed in particolare:

- N.3 dirigenti Biologi in possesso dei requisiti di stabilizzazione, maturati ai sensi dell'art.1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L.n.234/2021;
- N.1 dirigente Biologo, in possesso dei requisiti di stabilizzazione, già maturati al 31/12/2021 ai sensi dell'art.20, comma 2, del D.Lgs.n.75/2017 e s.m.i.
- N.4 Collaboratori Amministrativi, in possesso dei requisiti di stabilizzazione, già maturati al 31/12/2021 ai sensi dell'art.20, comma 2, del D.Lgs.n.75/2017 e s.m.i.

Quanto anticipato rispetto all'ampliamento dei termini per la maturazione dei requisiti di stabilizzazione ha portato al reclutamento di ulteriori figure come di seguito riportato:

- N.4 Collaboratori professionali sanitari Infermieri entrati in possesso dei requisiti di stabilizzazione, maturati ai sensi dell'art.1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L.n.234/2021 come modificato dal DL n.198;
- N.2 Collaboratori professionali sanitari tecnici di lab. biomedici entrati in possesso dei requisiti di stabilizzazione, maturati ai sensi dell'art.1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L.n.234/2021 come modificato dal DL n.198;

Il Piano di fabbisogno 2023 riporta le opportune dimensioni di fabbisogno alla luce degli orientamenti di crescita descritti nella sezione della performance, con il potenziamento della dirigenza medica, del personale infermieristico e degli Operatori Socio Sanitari, oltre che alle necessità in potenziamento dell'organico nell'ambito dell'amministrazione per sostenere le procedure amministrative da implementare sia nell'ambito assistenziale che nell'ambito della ricerca scientifica.

Va considerato, infatti con riferimento al punto sopra, che con deliberazione n. 624 del 06/12/2022, ravvisata la necessità di adeguare l'assetto aziendale alle contingenti logiche di sviluppo funzionale e organizzativo, è stato approvato il nuovo "Assetto Organizzativo Interno", definendo il numero e la tipologia dei Dipartimenti e delle Unità Operative Complesse e Semplici, nel rispetto di quanto stabilito dalle disposizioni normative nazionali in materia e dalle DD.GG.RR. n. 1388/2011, n.3008/2012 e n.1603/2018, demandando all'adozione del PTFP 2022-2024 la determinazione delle unità di personale necessarie al completamento della nuova organizzazione aziendale ancora in corso di definizione per la proposta che sarà resa nota al Dipartimento per concordarne la condivisione.

La disquisizione a livello regionale sarà certamente da confermarsi in merito ai parametri dei limiti di spesa della successiva tabella. Tale limite è rispettato per il 2023, ma con un sottodimensionamento adottato col Piano 2021-2023 rispetto alla effettiva necessità delle risorse di personale qualora il rivisitato assetto organizzativo venga attuato in tutte le sue componenti strutturali:

ANNO	COSTO PTFP 2020- 2022 IRCCS De Bellis di Castellana Grotte	Limite di spesa	Documento di definizione del Limite di spesa
2020	€22.124.713,74	€22.268.398,88	DGR 2293 del 11/12/2018
2021	€ 22.139.384,02	€22.268.398,88	DGR 2293 del 11/12/2018
2022	€ 22.135.398,88	€22.268.398,88	DGR 2293 del 11/12/2018
2023	€ 22.602.140,27	€22.730.191,00	DGR 1896 del 22/11/2021

A breve saranno attivate le necessarie interlocuzioni per consentire quanto auspicabile in termini di spesa consentita e solo allora il Piano dei Fabbisogni potrà trovare opportuno riscontro con le intenzioni strategiche più spinte, comunque delineata nella sezione descrittiva delle performance del presente PIAO. Nell'ambito di detto Piano la programmazione strategica delle risorse umane è identificata nel piano triennale del fabbisogno e si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'amministrazione si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prestazioni, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

Con DGR 261 del 02/03/2023 la regione Puglia ha dato avvio ad un percorso di standardizzazione concreta dei PTFP delle aziende del SSR, in risposta alle direttive del Governo centrale, per consentire la più coerente rilevazione dei costi del Personale che rappresentano storicamente il 66% dei costi del bilancio dell'IRCCS S. de Bellis.

L'IRCCS, inoltre, in quanto Irccs pubblico con deliberazione n. 741/2019 e successiva deliberazione n. 44/2020 ha dato applicazione alla c.d. "prima fase della piramide della ricerca" di cui all'art. 1 co. 422-434 della L. n. 205/2017, assumendo a tempo determinato per un periodo di 5 anni nel profilo di ricercatore sanitario categoria DS e collaboratore professionale di ricerca sanitaria categoria D, di cui alla sezione "Ricerca Sanitaria" del C.C.N.L. 2016-2018, i titolari di borsa di studio e i collaboratori (CO.CO.CO.) nell'ambito della ricerca sanitaria a fine anno 2019 e inizi 2020. Tale forma di reclutamento a tempo determinato è proseguita nel corso del 2022 con la cd "seconda fase della piramide della ricerca" in riferimento alla quale si rinvia al piano assunzionale della ricerca adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n.508 del 22/12/2021 avente per oggetto "Piano Assunzionale del Personale del Ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca. Triennio 2021 - 2023" che ha visto una rimodulazione con la deliberazione del Direttore Generale n.353 del 27/07/2022. In tale occasione il Piano ha visto le considerazioni assunzionali per il 2023 come riportato nella tabella di seguito riportata dall'allegato alla citata deliberazione che si riporta di seguito per comodità, rilevando le possibili rivisitazioni sui dati già ipotizzate dal Direttore Scientifico che ad oggi identifica il potenziale assunzionale indicato di seguito fra Ricercatori sanitari e Collaboratori di supporto:

Profilo Professionale	2023								
	(A) tot. n. unità al 31/12/2022	(B) PREVISIONE Spesa Totale 2023 (n. 41 Unità) (Oneri e IRAP inclusi)	(C) Assunzioni 2023	tot. n. unità al 31/12/2023 (A + C)	(D) Incremento Spesa Nuove Assunzioni 2023 (comprensiva della avvenute Fascia Intermedia DS3 - D3)	(E) Spesa per Produttività 2023 (x Nuove Assunzioni)	(F) Spesa per Straordinario 2023 (x Nuove Assunzioni)	(G) PREVISIONE Spesa Totale a Nuove Assunzioni 2023 (D + E + F)	PREVISIONE Spesa Totale 2023 (Oneri e IRAP inclusi) (B + G)
Ricercatore Sanitario	28	€ 1.947.750,00	7	35	254.000,00 €	26.350,00 €	-	479.450,00 €	€ 2.427.200,00
Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria (di cui):	17		4	21	153.200,00 €				
Area delle attività tecniche e di laboratorio	11		2	10	76.600,00 €				
Area di Supporto alla Ricerca Clinica e alle attività del comitato etico	5		1	6	38.300,00 €				
Area gestione dei finanziamenti e di progetti di ricerca	2			2					
Area per le attività di biblioteca, di documentazione, comunicazione e divulgazione scientifica	-			-					
Area per il Trasferimento Tecnologico	2		1	3	38.300,00 €				
SPESA Piano Assunzionale 2021 - 2023	45	€ 1.947.750,00	11	56	447.200,00 €	26.350,00 €	5.900,00 €	479.450,00 €	€ 2.427.200,00

4.3.2 Riferimenti normativi

- il D.lgs. n. 165/2001 recante le "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", così come novellato da ultimo dal D.lgs. n. 75/2017;
- il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogno di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche", adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018;
- la D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018, recante l'approvazione delle "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018" - la DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni";
- i Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020;
- con DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni", la Giunta ha previsto che: nella determinazione del Piano Triennale di fabbisogno di personale (PTFP), il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo ed il numero totale del personale complessivamente non può superare: o nelle Aziende Sanitarie Locali il valore del 12%; o nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie il valore del 11%; o negli I.R.C.C.S. il valore dell'10%

- la Deliberazione di Giunta regionale n. 609 del 19/04/2021, recante approvazione del documento "Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale. Anno 2021" ex art. 39 della L.R. n 4/2010;
- la D.G.R. 1896 del 22/11/2021 recante "Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019 - modifica DGR n.2293/2018 - Rideterminazione e riparto tetto di Pag. 2 di 9 Dasa-Ràgister REGIONE ZWW PUGLIA spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR", quantificato per questo Istituto in €.22.730.191,00.
- l'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella legge 25 giugno 2019, n. 60, che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- deliberazione n. 624 del 06/12/2022, ravvisata la necessità di adeguare l'assetto aziendale alle contingenti logiche di sviluppo funzionale e organizzativo, è stato approvato il nuovo "Assetto Organizzativo Interno", definendo il numero e la tipologia dei Dipartimenti e delle Unità Operative Complesse e Semplici, nel rispetto di quanto stabilito dalle disposizioni normative nazionali in materia e dalle DD.GG.RR. n. 1388/2011, n.3008/2012 e n.1603/2018, demandando all'adozione del PTFP 2021-2023 la determinazione delle unità di personale necessarie al completamento della nuova organizzazione aziendale.
- D.G.R. n.1818 del 12/12/2022, nell'assegnare i nuovi tetti di spesa

4.3.3 Analisi consistenza organico del PTFP

In coerenza con quanto comunicato dalla regione Puglia con la citata nota AOO_005/PROT/24/01/2023/0000635, si riporta che l'analisi della consistenza richiede una programmazione aziendale con riferimento ai PTFP 2022-2024, che al momento non sono consolidati e necessitano di un percorso di approvazione da parte della Giunta Regionale, avviato con la DGR n.241 e di elaborazione e adozione da parte dell'IRCCS sulla base delle indicazioni della stessa regione, potendosi così solo richiamare all'interno del PIAO il rinvio ai successivi atti di adozione aziendale o di ulteriori disposizioni in materia da parte della Giunta Regionale rispetto a quanto è stato possibile riportare sui fatti aziendali odierni e le intenzioni di breve periodo.

4.4 Formazione del personale

Il PIAO definisce anche tra gli obiettivi programmatici e strategici della performance la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale.

Il PIAO è elaborato in coerenza con quanto previsto in ambito di formazione del personale tecnico-amministrativo sanitario dalla normativa e dalla pianificazione strategica, in particolare:

- DFP - Direttiva sulla formazione e la valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni;
- CCNL di comparto;
- Statuto dell'IRCCS;
- Piano Strategico 2021-2026.

Alla luce di quanto esposto, per la formazione del personale, si rinvia alla deliberazione del Direttore Generale in corso di redazione relativa all'approvazione del Piano formativo aziendale P.F.A. 2023.

I contenuti del PFA sono rivenienti dalla disamina dei questionari somministrati in data 06.09.2022 via mail a tutto il personale.

In particolare, sono emersi i seguenti fabbisogni formativi da parte dei Dipendenti e dei Ricercatori interni:

FABBISOGNO FORMATIVO 2023
Gestione organizzativa delle risorse umane
Gestione delle risorse umane a livello relazionale
Gestione stress e benessere organizzativo
Comunicazione efficace in ambito sanitario
Corso base avanzato di informatica
Mappatura dei rischi con metodologia FMEA
La SDO gastroenterologia: appropriatezza della codifica
Performance management- Valorizzazione del capitale umano
Anticorruzione –trasparenza - privacy
Corso inglese base e avanzato/ scientifico

Sulla base dei suddetti Fabbisogni è stato definito il seguente Piano Formativo, già registrato sulla piattaforma dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS):

PIANO FORMATIVO 2023
Corso di inglese per operatori sanitari
Incontri multidisciplinari con competenze trasversali al fine di favorire le contaminazioni culturali tra i vari settori
Stile di vita e patologie croniche
Strategie comunicative in ambito sanitario
ILS (Immediate Life Support) per operatori sanitari
Principi di anticorruzione e trasparenza nelle strutture sanitarie
Corso base di informatica
Gli accessi vascolari a breve e medio termine: metodiche di posizionamento e gestione

L'IRCCS è accreditato come Provider AGENAS ECM n. 1534 e dunque è soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in Sanità e pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Tutto ciò permette ai partecipanti di acquisire esperienze tecniche professionali di processo, quali la formazione per l'acquisizione di competenze cliniche e di strumentazioni per affrontare la maggiore richiesta di prestazioni complesse.

Gli obiettivi generali che l'IRCCS pone per la realizzazione dell'attività formativa futura sono volti alla valutazione della qualità dei singoli dipendenti nelle Unità Operative di appartenenza.

La progettazione di formazione è basata, non solo su una attenta analisi dei bisogni formativi ma anche sul promuovere la cultura della qualità, affinché ogni percorso formativo sia considerato un miglioramento tra le professionalità dell'IRCCS, favorendo la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori nelle scelte aziendali relative alle strategie di sviluppo e di formazione.

Il P.F.A. è il risultato dell'analisi dei Bisogni Formativi aziendali, con la finalità di sviluppare la professionalità del personale utili a migliorare i processi assistenziali e il raggiungimento degli obiettivi.

4.5 Parità di genere - pari opportunità

Il PIAO è, inoltre, volto a promuovere l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità intesi come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione. I comitati a presidio della tutela e della garanzia della parità di genere sono individuati da:

COMITATO ETICO Il Comitato Etico è un organismo indipendente costituito presso l'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari per asservire anche l'IRCCS "S. de Bellis", composto secondo criteri di interdisciplinarietà, con funzioni di consultazione e di riferimento vincolante per ogni problema di natura etica che si possa presentare nell'ambito delle attività dell'Istituto, per quanto attiene la pratica clinica e la ricerca biomedica e per questioni di carattere trasversale che comunque impattano su tematiche non solo sanitarie.

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto Ministeriale 8 febbraio 2013, pubblicato in G.U. n. 96 del 24/4/2013 "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici", il Comitato Etico è costituito da membri interni ed esterni in condivisione con l'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari, individuati in base alle candidature proposte dal Direttore Generale su indicazione dei Direttori Sanitari dei due II.RR.CC.CC.SS..

Il suo compito è quello di tutelare la sicurezza, l'integrità, i diritti e il benessere di tutti i soggetti che partecipano a sperimentazioni cliniche esprimendo un parere di eticità e scientificità prima dell'avvio di qualsiasi sperimentazione clinica. Il comitato può essere interpellato anche su questioni riguardanti qualunque forma di discriminazione.

Alle riunioni del Comitato Etico possono partecipare, di volta in volta, esperti in altre discipline o i proponenti le ricerche, senza diritto di voto.

COMITATO UNICO DI GARANZIA In particolare, con deliberazioni del D.G. nn. 63 del 07.03.2014 e 226 del 17.06.2014, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ex art. 21 della L. n. 183/2010 e delle Linee Guida emanate in data 04.03.2011 dal Dipartimento della Funzione Pubblica di concerto con il Dipartimento per le Pari Opportunità.

Successivamente, detto C.U.G. – nella riunione del 22.07.2014 - ha approvato il proprio Regolamento per il funzionamento, deliberato giusta D.D.G. n. 386 del 11.09.2014.

Con nota del 10 settembre 2015 - prot. n. 9828 del 17.09.2015, n. 14 componenti dello stesso CUG (tra membri effettivi e supplenti) hanno rassegnato le proprie dimissioni evidenziando una situazione di difficoltà nella prosecuzione del lavoro intrapreso a causa di tensioni formatesi nei rapporti istituzionali ed all'interno (come attestato dalle numerose mail pervenute alla Direzione Generale). Per quanto detto, è stata constatata l'impossibilità della serena prosecuzione dei compiti affidati all'organismo nell'attuale composizione e, quindi, dell'inattuabilità di una mera sostituzione dei componenti dimissionari anche a garanzia dello svolgimento dei precipui e fondamentali compiti affidati al suddetto comitato la cui costituzione risponde all'esigenza di garantire maggiore efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni alle quali lo stesso è preposto.

Come noto, il CUG è unico ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale, richiedendo a tal fine che le amministrazioni includano, nello stesso, rappresentanze di tutto il personale appartenente all'Amministrazione (dirigente e non dirigente), designando componenti indicati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative ai sensi degli artt. 40 e 43 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, assicurando nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

A tal fine, con nota del 18.03.2022 (acquisita al prot. dell'Ente con il n. 4043) sono state invitate le OO.SS. a voler formulare nuovamente le rispettive designazioni dei componenti effettivi e supplenti.

Con avviso del 4 ottobre 2022 pubblicato sul sito dell'ente è stato avviato il processo di rinnovo del comitato "Avviso Interno Per Il Rinnovo Del Comitato Unico Di Garanzia (C.U.G.) Rappresentanti dell'IRCCS "Saverio De Bellis" Con La Individuazione Di N. 16 Componenti Effettivi Ed 8 Supplenti Dello Stesso C.U.G.

Con nota del 13.04.2022 prot. n. 5517, l'Ente ha sollecitato le designazioni da parte delle OO.SS. dei componenti effettivi e supplenti.

Sono pervenute le designazioni delle seguenti sigle sindacali: CIMO, AAROI, CISL, UIL, FIALS, NURSING UP, NURSIND E FASSID mentre le altre sigle non hanno indicato alcun nominativo.

È stato ritenuto necessario dover costituire il CUG per le pari opportunità, designando i componenti effettivi e supplenti di parte sindacale e pubblica, così come di seguito elencati:

<u>AREA COMPARTO</u>		
Organizzazioni sindacali	Nomina OO.SS. effettivi	Nomina OO.SS. supplenti
CISL FP	Uomo R.R.	Donna B.M.M.
UIL FPL	Donna D.M.M.	Uomo M.A.
FIALS Conf. S.A.L.	Donna M.A.M.	Donna T.R.
NURSING UP	Uomo R.R.	Uomo D.A.
NURSIND	Uomo D.P.G.	

<u>AREA P.T.A.</u>		
Organizzazioni sindacali	Nomina OO.SS. effettivi	Nomina OO.SS. supplenti
FIALS Conf. S.A.L.	Donna N.M.	Donna T. V.
FASSID	Donna M. A.	

<u>DIRIGENZA SANITARIA</u>		
Organizzazioni sindacali	Nomina OO.SS. effettivi	Nomina OO.SS. supplenti
CIMO	Uomo M. F.	Uomo C. R.
AAROI	Uomo C. N.	Uomo D. M. P.
FIALS	Uomo P. F.	Uomo A. R.

<u>AZIENDALI</u>	
Aziendali effettivi	Aziendali supplenti
Uomo Pascale G.	
Bonfiglio C.	
Licinio R.	Uomo D. G. G.
De Crudis I.	Donna M. A.
Lofano K.	Donna L. R.
Uomo Cardone R.	
Uomo Miccolis M.	Uomo P: T.
Accettura R.	Donna P. L.
Marinelli A.	Donna A. G.

La deliberazione di nomina del Comitato Unico di Garanzia è in corso di adozione.

Sezione 5. Monitoraggio

In questa sezione è prevista la specificazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio dei risultati conseguiti rispetto al 2022 in ordine alle sezioni della Performance e dei Rischi Corruttivi e Trasparenza, ricomprendendo le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”: rispetto all’annualità 2022, il monitoraggio è avvenuta secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, rilevando che la redazione del PIAO, prevista per il 31 gennaio rileva uno sfasamento temporale rispetto alla redazione e successivo parere di approvazione da parte dell’OIV rispetto alla Relazione sulla Performance 2022, comportando che la rappresentazione ufficiale del monitoraggio della performance ha fine il 30 giugno 2023 quale termine, non rappresentabile in questa sezione del PIAO, richiedendosi pertanto, a parere degli addetti ai lavori in ambito SSN, opportuna revisione normativa per dare sincronizzazione temporale agli adempimenti richiesti.

Ad ogni buon conto le rilevazioni del ciclo della performance sono state effettuate rispetto agli andamenti, in particolar modo per quelli della prospettiva economico finanziaria dei ricavi, che per ogni trimestre hanno trovato puntuale rendicontazione presso la direzione strategica, che ne ha fatto uso per le raccomandazioni alle direzioni delle strutture sanitarie in particolare, per tenere sotto controllo le situazioni risultate non in linea con le aspettative di performance. Va comunque rappresentato che la produzione 2022, da poco consolidata al momento della revisione del presente PIAO per le revisioni e adeguamenti necessari nella sezione dei rischi di corruzione in adeguamento al PNA 2022 per il termine consentito dall’ANAC del 31/03/2023, rilevano un mantenimento della produzione in termini di ricovero rispetto al 2022:

Anno 2022 (Totali da EDOTTO)	N.SDO in Edotto 2022	Media ricovero2022	Anno 2021	N.SDO Edotto 2021	Media ricovero 2021
€ 14.586.317	3184	€ 4.581,13	€ 14.596.468	3130	€ 4.581,13

e un incremento riguardo alle attività ambulatoriali come di seguito riportato:

Anno 2022		Anno 2021	
SSN	Ticket	SSN	Ticket
€ 5.439.109	€ 803.928	€ 4.673.957	€ 673.373
€	6.243.037	€	5.347.331

Gli indici di produzione sono stati rilevati dai sistemi regionale di edotto per consentirne la conseguente analisi rispetto all’indice di complessità e alla degenza media, particolarmente importanti per i rilevamenti richiesti dagli obiettivi di performance organizzativa della parte sanitaria:

Centri di Costo	ex CCO	Regime	IR intraregionale ER extraregionali	Index. Complessità 2022	Index. Complessità 2021
1060101-Chirurgia 1	R20	RO	IR - 764/101/00005	1,588	1,484
1060101-Chirurgia 2	R25	RO	IR - 764/101/00005	2,322	2,446
1070101-Gastr. 1.	R30	RO	IR - 764/101/00005	1,092	1,075
1070701-Oncol.	R3A	RO	IR - 764/101/00005	1,412	1,401
1070201-Gastr. 2	R40	RO	IR - 764/101/00005	1,034	1,020
1060301-Rianim.	R60	RO	IR - 764/101/00005	4,798	4,614
1060101-Chirurgia 1 - 2	R20	DH	IR - 764/101/00005	1,011	1,095
1070101-Gastr. 1	R30	DH	IR - 764/101/00005	1,059	
1070701-Oncol.	R3A	DH	IR - 764/101/00005	0,749	0,758
1070201-Gastr. 2	R40	DH	IR - 764/101/00005	1,494	

Il monitoraggio degli altri indicatori posti a sistema di misurazione degli obiettivi di performance, riferibile alla degenza media, hanno trovato attenta verifica dal sistema Edotto che offre diversi report e query per comprendere gli andamenti dei ricoveri ordinari.

Gli indicatori di tipo qualitativo sono richiesti ai responsabili assegnatari degli obiettivi di performance organizzativa, con opportuna documentazione di completamento delle informazioni.

Rispetto al 2023 il monitoraggio dovrà eseguirsi con le dinamiche del ciclo delle performance e secondo quanto indicato nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance riportato nella deliberazione DCS n.210 del 9/7/2021 "Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione Performance". Tale attività potrà consentire la verifica del raggiungimento della performance organizzativa e di quella individuale con la verifica e il controllo dell'OIV.

Il monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi":

Questa sezione, in virtù del comunicato del Presidente dell'ANAC del 17/01/2023, pubblicato in data 24/01/2023, è aggiornata secondo le scadenze indicate nel suddetto comunicato, ovvero al 31/03/2023.

In riferimento ai monitoraggi della sottosezione Rischi corruttivi, si riporta quanto argomentato dal RPCT nella relazione sulla prevenzione della corruzione e trasparenza:

In merito al monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO si riporta quanto di seguito:

Monitoraggio misure generali svolto su evidenza delle prassi. Si è confidato sulla consolidata prassi acquisita nel corso degli anni precedenti senza bisogno di particolari cambiamenti.

Per gestire la criticità delle misure specifiche, sono stati maggiormente coinvolti i referenti nominati nel PTPCT 2022-2024, con maggior collaborazione con il RPCT rispetto alle misure attuate e le eventuali altre misure ritenute utili alla prevenzione.

Ha trovato forte ausilio la formazione e il corso riservato ai referenti tenutosi il 15/11.

I monitoraggi effettuati sono nello specifico individuati nel seguente elenco:

- Richiesta di ottemperare alla mancanza di documentazione per gli obblighi di trasparenza ai referenti delle UU.OO. con nota prot.16463 del 22/11/2022 inviata con PEC
- Richiesta ulteriori misure specifiche prevenzione corruzione ai referenti delle UU.OO. con note prot. da 14894 a 14905; I riscontri pervenuti sono stati considerati materiale di aggiornamento per il PIAO 2023.
- Monitoraggio adempimento in merito a conflitti di interesse per le assunzioni di personale: è stato verificato il puntuale rispetto della procedura di rilevamento sulle procedure concorsuale espletate dalla Direzione Scientifica e dalla UOC GRU
- -Monitoraggio conferimento incarichi legali PEC del 13/9/2021 – riscontrata con prot. n.15409 del 17/11/2021 trova impostazione consolidata.
- -Richiesta ai dirigenti dichiarazione incompatibilità/inconferibilità a mezzo email con comunicazione massiva del 29/11/2022
- -Richiesta nel corso della giornata formativa ai referenti di esplicitare le misure attuate e da considerare sul PTPCT 2023-2025 con invito al rispetto delle misure ivi contenute prot.5534 del 13/4/2022
- -Avviso Pubblico consultazione aggiornamento PIAO/PTPCT 2023 del 13/01/2023 sito dell'Istituto.
- -Monitoraggio griglia rilevazione amministrazione trasparente da parte dell'OIV inviata all'ANAC il 23/6/2022 (integrazione del 23/7/2022) e seconda verifica integrazione del 31/10/2022.

Le considerazioni riportate ai punti precedenti sono state considerate aggiornamenti della tabella generale di prevenzione della corruzione allegato b) al presente PIAO-2023-2025.

Trasparenza,

Questa sezione, in virtù del comunicato del Presidente dell'ANAC del 17/01/2023, pubblicato in data 24/01/2023, è aggiornata secondo le scadenze indicate nel suddetto comunicato, ovvero al 31/03/2023.

In riferimento ai monitoraggi della sottosezione Trasparenza, si riporta quanto argomentato dal RPCT nella relazione sulla prevenzione della corruzione e trasparenza 2022:

I monitoraggi effettuati sono nello specifico individuati nel seguente elenco:

- Richiesta di ottemperare alla mancanza di documentazione per gli obblighi di trasparenza ai referenti delle UU.OO. con nota prot.16463 del 22/11/2022 inviata con PEC allegato c) al presente PIAO-2023-2025 e relativi tabulati di specificazione degli obblighi in capo ai singoli referenti e allegato d) al presente PIAO-2023-2025
- Risposta rispetto alla indicazione di carenza di trasparenza riguardo la pubblicazione dei verbali del CIV: riscontro prot. n.15723 del 9/11/2022
- Tenuta del registro dell'accesso civico pubblicato sul sito dell'Istituto al seguente link:
<https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/registro-degli-accessi>

Quanto reso noto ai sensi del D.Lgs. 33/2013 all'allegato 1, è riportato nella sezione amministrazione trasparente e come rilevabile dall'allegato d) al presente PIAO-2023-2025, è stato riportato ai referenti per la trasparenza le parti di pertinenza riguardanti gli obblighi informativi, richiamando gli stessi, all'allegato e) al presente PIAO-2023-2025, ad aggiornare le informazioni riportate nell'allegato f) al presente PIAO-2023-2025, trasmettendo alla struttura di supporto al RPCT i dati da riportare nella sezione Amministrazione Trasparente i dati richiesti ad aggiornare.

Allegati

- a) *PIAO_2023-2025_a) Obiettivi Direttore Generale 2023*
- b) *PIAO_2023-2025_b) Rischi Corruttivi*
- c) *PIAO_2023-2025_c) Regolamento Lavoro Agile*
- d) *PIAO_2023-2025_d) PTFP-2021-2023*
- e) *PIAO_2023-2025_e) Richiesta Referenti Obblighi Informativi Trasparenza 2022*
- f) *PIAO_2023-2025_f) Monitoraggio Obblighi Informativi Trasparenza 2022*