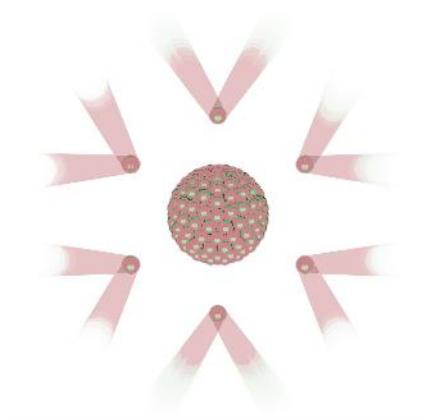
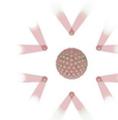




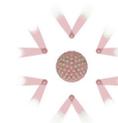
Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari per il triennio 2025-2027



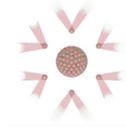


Indice

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI PER IL TRIENNIO 2025-2027	1
PREMESSA	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO	6
2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE	7
2.1. VALORE PUBBLICO.....	7
2.1.1. <i>Obiettivi generali e specifici</i>	11
2.1.2. <i>Accessibilità</i>	12
2.1.2.1. Accessibilità Digitale	12
2.1.2.2. Accessibilità fisica	13
2.1.3. <i>Semplificazione</i>	13
2.1.4. <i>Digitalizzazione e sicurezza informatica</i>	14
2.1.4.1. Digitalizzazione	14
2.1.4.2. Sicurezza informatica.....	15
2.2. PERFORMANCE	16
2.2.1. <i>L'Istituto e la produzione</i>	17
2.2.1.1. Analisi generale assistenza - Ricoveri.....	17
2.2.1.2. Ricoveri in Regime Ordinario	17
2.2.1.3. Ricoveri in Regime Day Ospital	18
2.2.1.4. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale	18
2.2.2. <i>Piano triennale degli Investimenti</i>	21
2.2.2.1. Acquisizioni con fondi di bilancio.....	21
2.2.2.2. Acquisizioni possibili con fondi di Conto Capitale.....	21
2.2.2.3. Acquisizioni possibili mediante fondi PNRR "Grandi Apparecchiature"	21
2.2.2.4. Acquisizioni mediante fondi Piano nazionale complementare PNC	23
2.2.2.5. Acquisizioni ad oggi non coperte da finanziamento, ma per le quali si è attivata procedura di richiesta fondi	23
2.2.3 <i>L'Istituto e la ricerca</i>	23
2.2.2.6. Consolidamento dei livelli di Impact Factor sinora conseguiti.....	24
2.2.2.7. Investimenti Ricerca	24
2.2.2.8. Programmazione e governance della ricerca	24
2.2.2.9. Analisi dell'attività di ricerca.....	30
2.2.2.9.1. Accrescimento delle funzioni del Grant Office	34
2.2.2.9.2. Accrescimento delle funzioni del Trial Office	35
2.2.2.9.3. Potenziamento del Technology Transfer Office	35
2.2.2.9.4. Comunicazione e promozione della ricerca dell'Istituto	36
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	36
2.3.1. <i>Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</i>	36
2.3.2. <i>Anticorruzione e trasparenza come dimensioni del valore pubblico</i>	37
2.3.3. <i>Procedimento di elaborazione e adozione</i>	38
2.3.4. <i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i>	39
DIRETTORE GENERALE	39
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	40
ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE	40
REFERENTI INTERNI.....	40
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.....	41
DIPENDENTI E COLLABORATORI.....	41
CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA.....	42
COMITATO ETICO.....	42
COLLEGIO SINDACALE	43
COLLEGIO DI DIREZIONE.....	43



2.3.5.	Valutazione d'impatto del contesto esterno.....	44
2.3.6.	Valutazione d'impatto del contesto interno.....	54
2.3.7.	Mappatura processi.....	54
2.3.8.	Valutazione del rischio.....	56
3.	SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	60
3.1.	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	60
3.1.1.	Dipartimento di Staff e Aree Amministrative	61
3.1.2.	Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico	62
3.1.3.	Dipartimento Area Chirurgica.....	62
3.1.4.	Dipartimento Area Medica	63
3.1.5.	Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagine e terapia.....	63
3.2.	AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE	63
3.3.	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	64
3.4.	PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DEL PERSONALE.....	65
3.5.	FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	70
3.6.	PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	78
4.	MONITORAGGIO	80
4.1.	I SISTEMI DI MONITORAGGIO E VERIFICA	80
4.1.1.	Il monitoraggio del valore pubblico e della performance	80
4.1.2.	Monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza.....	81
	Stato di attuazione delle misure	81
	Misure generali e specifiche	82
	Inconferibilità/inconferibilità e incompatibilità (MG-01).....	83
	Incarichi extra-istituzionali (MG-02).....	84
	Incompatibilità successiva (MG-03)	84
	Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	85
	Rotazione del personale (MG-05)	87
	Codice di Comportamento (MG-06).....	88
	Segnalazioni illecite (MG-07).....	89
	Formazione del personale (MG-08)	90
	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)	91
	Gestore segnalazioni UIF (MG-10)	91
	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)	92
	Patto di integrità (MG-12).....	93
	Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)	93
	Informatizzazione.....	94
	Procedimenti amministrativi.....	95
	Sponsorizzazioni (MS-02)	95
	Sperimentazioni (MS-03)	96
	Attività conseguenti al decesso (MS-04)	97
	Donazioni e comodati d'uso (MS-05)	97
	ALPI e Liste di attesa (MS-06).....	98
	Alienazione immobili (MS-07)	99
	Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	99
	Benessere organizzativo	100
	Azioni di coinvolgimento della società civile.....	100
	Sorveglianza progetti PNRR.....	101
	Trasparenza amministrativa (MG-13)	102
	Accesso Civico semplice e generalizzato	103
	Trasparenza e Privacy	105
	Altre azioni	106
4.2.	IL MONITORAGGIO DELL'ORGANIZZAZIONE E DEL CAPITALE UMANO	106



Premessa

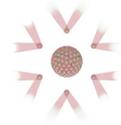
Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) è, da una parte, un documento identificativo dell'Istituto, da compilare con tutte le informazioni essenziali riguardanti la sua struttura e l'identità, dall'altra, è un documento programmatico che assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e che contiene i seguenti piani: piano triennale dei fabbisogni del personale, piano delle performance, piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, piano di organizzazione del Lavoro Agile e piano triennale delle azioni positive.

Il PIAO è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del Decreto-Legge n. 80 del 9 giugno 2021 *“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 Legge n. 113 del 6 agosto 2021.

Con Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 24 giugno 2022 *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”* è stato emanato il regolamento attuativo per l'operatività del PIAO.

Le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, con più di 50 dipendenti riuniscono nel PIAO, di durata triennale con aggiornamento annuale, tutta la programmazione in precedenza inserita in piani differenti e in particolare vengono definiti:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b. la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, 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;
- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, 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;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità

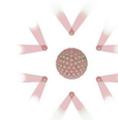


agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

- e. l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

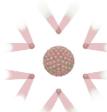
Il contenuto del PIAO è definito con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”* il quale prevede all'art. 2 la scheda anagrafica dell'amministrazione e le seguenti sezioni *(a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali)*:

- *Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione*
- *Sezione Organizzazione e Capitale umano*
- *Sezione Monitoraggio*



1. Scheda Anagrafica dell'Istituto

L'Istituto denominato "ISTITUTO TUMORI" è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), persona giuridica di diritto pubblico, di rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, confermato con Decreto del Ministro della Salute del 8 marzo 2023, adottato d'intesa con il Presidente della Regione Puglia, e con Decreto del Ministro della Salute del 25 ottobre 2023, con il quale a parziale modifica ed integrazione del precedente e previo parere favorevole della Regione Puglia, è stato precisato che l'area tematica di afferenza dell'Istituto è "oncologia".

IDENTITÀ	
Descrizione	Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sede legale	Viale Orazio Flacco n. 65, 70125 Bari
Codice Fiscale	00727270720
Partita IVA	00727270720
Sito web	www.sanita.puglia.it/web/irccs
Disciplina giuridica	Legge n. 3 del 16.01.2003; D.Lgs. n. 288 del 16.10.2003; D.Lgs. n. 200 del 23.12.2022
Logo	

ORGANIZZAZIONE	
Direzione Strategica	Avv. Alessandro Delle Donne (Direttore Generale) - Dott.ssa Filomena Fortunato (Direttore Amministrativo) - Dott. Vito Campanile (Direttore Sanitario)
Dipartimenti	n. 5: n. 4 sanitari - n. 1 amministrativo
Strutture Complesse	n. 16: n. 12 sanitarie - n. 4 amministrative
Strutture Semplici Dipartimentali	n. 23: n. 20 sanitarie - n. 3 amministrative

DIMENSIONE	
Personale (Dotazione organica 31.12.2024)	n. 758 dipendenti: n. 712 ospedale - n. 46 ricerca
Produzione ospedaliera (31.12.2024)	n. 3.205 Ricoveri Ordinari - n. 300 accessi day hospital - n. 1.033.055 prestazioni ambulatoriali
Posti letto accreditati	n. 179



2. Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione

La sezione è ripartita nelle seguenti sottosezioni di programmazione:

2.1. Valore Pubblico

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori, gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori istituito con Decreto Prefettizio n. 264243 del 19 gennaio 1933. Con Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 1058 del 20 maggio 1976 è stato costituito Ente Ospedaliero e dichiarato Ospedale Specializzato in Oncologia e con Decreto Interministeriale del 13 maggio 1985 l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

L'Istituto si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale e clinica, e di assistenza. L'inscindibilità, la reciprocità e il continuum funzionale tra clinica e ricerca costituisce un plusvalore di indubbia positiva portata, la cui presenza simultanea riconosce all'Istituto la certificazione, (con data di emissione del certificato di accreditamento del 12 febbraio 2015), di Clinical Cancer Center, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECI).

L'accreditamento internazionale conferma che l'Istituto rispetta gli standards internazionali in specifico per la multidisciplinarietà, la ricerca/innovazione e la qualità delle prestazioni assistenziali che caratterizzano la sua attività giornaliera.

Negli ultimi anni l'Istituto ha ampiamente dimostrato di essere attrattivo a livello provinciale, regionale ed extra-regionale (almeno nelle regioni limitrofe), e di essere in grado di svolgere la funzione di Hub regionale oncologico che la pianificazione regionale ed il riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico con specializzazione oncologica gli attribuiscono.

Tale è il ruolo che la Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22 giugno 2016 riconosce all'Istituto quale protagonista nella cura della patologia Oncologica, affermando che: *"il potenziamento delle attività dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari, in considerazione della mission specifica dell'Istituto medesimo, consentirebbe di soddisfare la domanda di salute, rispetto a prestazioni, rese anche da strutture private accreditate nonché extraregionali in mobilità passiva"*.

La consapevolezza che da un'adeguata organizzazione della rete oncologica integrata per l'assistenza ai malati oncologici possa derivarne prioritariamente un miglioramento della qualità assistenziale con una possibile riduzione della mobilità passiva extra-regionale ha indotto la Regione Puglia ad individuare l'Istituto, con Delibera di Giunta Regionale n. 221 del 23 febbraio 2017 *"Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) — Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato — Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro - Anni 2014-2016"*, Hub della rete oncologica.

Sono state altresì:



- con Delibera di Giunta Regionale n. 428 del 20 marzo 2018 *“DPCM 12/1/2017. Nuovi livelli di assistenza. Istituzione del Centro Regionale di Protonterapia. affidamento all’IRCCS Giovanni Paolo II di Bari dello studio di fattibilità”* individuata presso l’Istituto la sede del Centro Regionale di Protonterapia in Puglia;
- con Delibera di Giunta Regionale n. 794 del 2 maggio 2019 di approvazione del documento avente ad oggetto: *“Recepimento dell’Accordo Stato – Regioni del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR). (Rep. atti n. 158/CSR)”* istituito il Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori Rari presso l’IRCCS oncologico “Giovanni Paolo II” di Bari”.

Il valore pubblico dell’Istituto trova la sua applicazione:

nella **MISSION**, che è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un’ottica di presa in carico globale e personalizzata.

I valori ed i principi che ispirano e guidano gli operatori sono:

- centralità della persona assistita con presa in carico globale in tutte le fasi della malattia;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo un adeguato ed appropriato utilizzo delle migliori tecniche diagnostiche e cure sistemiche/radioterapiche;
- approccio multidisciplinare agli aspetti clinici;
- sviluppo della ricerca clinica e traslazionale con rapido trasferimento ai pazienti;
- valorizzazione delle risorse umane;
- implementazione delle collaborazioni nazionali e internazionali;
- formazione continua del personale sanitario.

nella **VISION**, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese. Il sistema stesso è orientato così al miglioramento continuo della qualità, per garantire al paziente una linea prestazionale sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l’accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane.

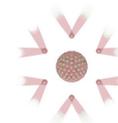
Il valore pubblico dell’Istituto deve necessariamente essere commisurato al bisogno espresso dalla popolazione regionale di riferimento riguardo alle patologie tumorali ed assimilabili.

La valutazione di tale bisogno deve necessariamente fondarsi sulle analisi più recenti condotte dal Registro Tumori Regionale, istituito con Delibera di Giunta Regionale n. 1500 del 1° agosto 2008.

Da una panoramica dei dati di incidenza al 2021, aggiornati a novembre 2024, del Registro Tumori Puglia sono stati rilevati:

- 24.844 nuovi casi/anno
- 13.315 nel sesso maschile (54%), 11.529 nel sesso femminile (46%)
- Valori dell’incidenza inferiori rispetto ai dati nazionali (*stime)
- Flessione del 7% dei nuovi casi nel 2020 per effetto delle restrizioni pandemiche, nel totale delle diagnosi, in recupero nel 2021.

Dati di incidenza - Sesso maschile

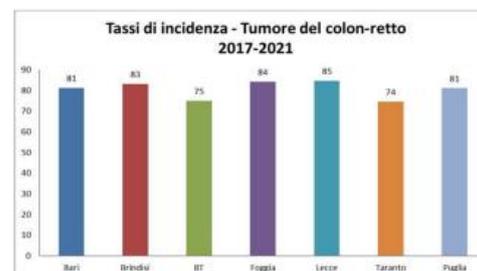
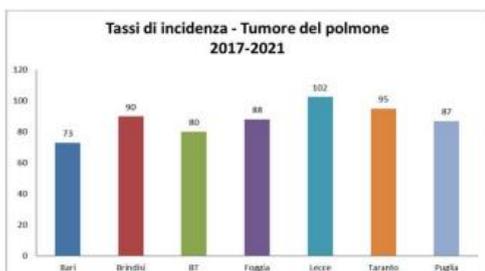
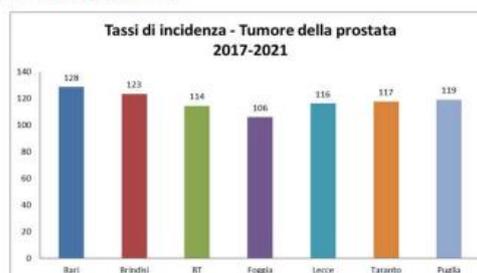
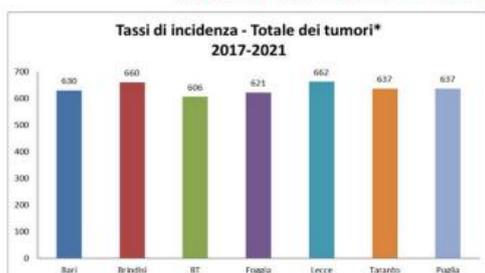


I dati di incidenza – Sesso maschile

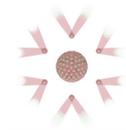
INCIDENZA			
	Puglia 2021	Italia 2022*	UE 2022*
Casi ^[1]	13.315	213.092	1.851.153
TSD (EU2013) x10 ⁶	645	668	672
1° neoplasia (%)	Prostata (N=2687, 20%)	Prostata (18%)	Prostata (22%)
2° neoplasia (%)	Polmone (N=1737, 13%)	Colon-retto (14%)	Polmone (14%)
3° neoplasia (%)	Colon-retto (N=1700, 13%)	Polmone (13%)	Colon-retto (13%)

*Fonte: Registro Tumori Puglia; ECIS - European Cancer Information System (nov 2024)
[1] Escluso carcinoma cutaneo, sindromi mielodisplastiche e tumori non maligni del SNC

Tassi di incidenza per 100.000 ab. per province riferimento UE 2013 – Sesso maschile



[*] Escluso tumori cutanei non melanomi e tumori non maligni del SNC



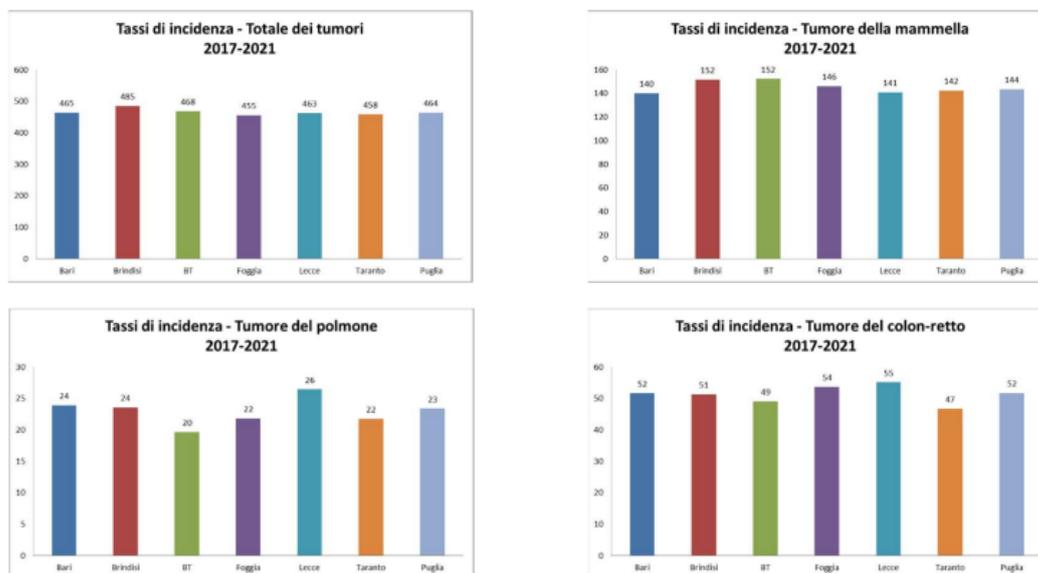
Dati di incidenza - Sesso femminile

I dati di incidenza – Sesso Femminile

INCIDENZA			
	Puglia 2021	Italia 2022*	UE 2022*
Casi ^[1]	11.529	194.148	1.631.912
TSD (EU2013) x10 ⁶	484	508	481
1° neoplasia (%)	Mammella (N=3538, 31%)	Mammella (30%)	Mammella (29%)
2° neoplasia (%)	Colon-retto (N=1.238, 12%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (12%)
3° neoplasia (%)	Polmone (N=605, 5%)	Polmone (8%)	Polmone (9%)

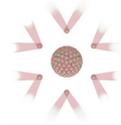
*Fonte: Registro Tumori Puglia; ECIS - European Cancer Information System (nov 2024)
[1] Escluso carcinoma cutaneo, sindromi mielodisplastiche e tumori non maligni del SNC

Tassi di incidenza per 100.000 ab. per province riferimento UE 2013 – Sesso Femminile



[*] Escluso tumori cutanei non melanomi e tumori non maligni del SNC

In Puglia, nel sesso maschile, la prima posizione per incidenza è quella dei tumori della prostata (20%) seguito dal polmone (13%) e dal colon-retto (13%); nel sesso femminile il tumore della mammella è il tumore più frequente (il 31%) seguito dal tumore del colon retto (12 %) e dal tumore del polmone (5%).



Dal Programma Nazionale Esiti – Edizione 2024 dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) è emerso, inoltre, in relazione alla Chirurgia Oncologica:

- per gli interventi per carcinoma mammario, in ripresa dopo il crollo del 2020, un ulteriore incremento nel 2023: 66.532 ricoveri chirurgici, 2.500 in più rispetto al 2022, e un incremento del 3,4% (circa 2.200 ricoveri in più) del valore atteso in base al trend pre pandemico. Per quanto riguarda l’indicatore di esito monitorato dal PNE “*Reintervento entro 120 giorni da un intervento conservativo*”, nel corso del tempo si è osservata una riduzione della proporzione di nuove resezioni, con valori mediani dall’8,0% nel 2015 al 4,8% nel 2023;
- per gli interventi chirurgici per carcinoma del colon – secondo tumore maligno in Italia per numero di ospedalizzazioni – dopo la drastica riduzione avvenuta nel 2020 un costante aumento: 26.154 ricoveri chirurgici nel 2023 (612 in più rispetto al 2022) e completo riallineamento al trend pre pandemico;
- per il tumore maligno della prostata (terzo per numero di interventi), si è registrato un andamento analogo a quello descritto per il carcinoma del colon, con una marcata flessione nel 2020 e un netto recupero sui trend pre pandemici nel triennio successivo. In particolare, nel 2023 si sono registrati 23.650 interventi, 2.326 in più rispetto al 2022 e un incremento del 5,7% (+1.300 ricoveri) rispetto al valore atteso;
- per quanto riguarda il tumore maligno del polmone (quarto per numero di ricoveri), gli interventi nel 2023 sono stati 14.336 (1.528 in più rispetto al 2022) e un sostanziale riallineamento al trend pre pandemico.

2.1.1. Obiettivi generali e specifici

L’Istituto si pone gli obiettivi generali di:

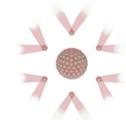
- perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- effettuare prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- svolgere altre attività aventi i caratteri di eccellenza;

traducendo il valore pubblico nelle seguenti aree di azioni concrete:

- nella definizione e nel raggiungimento di obiettivi specifici;
- nell’accessibilità digitale e fisica;
- nella semplificazione e nella digitalizzazione.

Gli obiettivi specifici di programmazione triennale, integrati tra Assistenza e Ricerca, si sviluppano su grandi temi che l’Istituto intende affrontare e consolidare attraverso la gestione e l’organizzazione e che, in sintesi, sono:

- miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente;
- sviluppo della rete d’offerta;
- ricerca clinica e la ricerca di base;
- innovazione tecnologica, organizzativa, professionale e della conoscenza;



- ospedale oncologico (hub);
- ricerca sulla qualità della vita dei pazienti oncologici.

Gli obiettivi generali e specifici individuati dall'Istituto mirano, pertanto, a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, fine ultimo cui devono essere orientati tutti gli sforzi di miglioramento delle performance dell'Istituto ed a cui devono essere sempre orientati gli obiettivi specifici-operativi descritti nei paragrafi successivi.

L'Istituto vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli "outcome" di tutto il processo organizzativo cui il presente documento sottende.

L'Istituto, in conformità ai principi stabiliti dal Decreto Legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003, nonché alle norme e disposizioni nazionali e regionali di programmazione sanitaria, persegue le seguenti finalità:

- svolgere, nella disciplina di oncologia, attività di assistenza sanitaria di tipo clinico e traslazionale e di ricerca scientifica biomedica e sanitaria, integrandole strategicamente in funzione della natura di Istituto;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- sviluppare, in adesione alla rete nazionale degli IRCCS oncologici, criteri condivisi per la scelta, l'utilizzo e la valutazione di programmi di Valutazione Esterna della Qualità degli Istituti Oncologici Integrati;
- promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali;
- supportare, mediante idonee modalità ed appositi accordi con le Università, percorsi di istruzione e formazione pre e post-laurea negli ambiti delle scienze mediche e sanitarie, della ricerca biomedica, delle discipline infermieristiche e delle professioni sanitarie, delle discipline giuridico-economiche e tecniche.

2.1.2. Accessibilità

In attuazione della Legge n. 4 del 9 gennaio 2004, della Direttiva UE 2016/2102 e del Decreto Legislativo n. 106 del 10 agosto 2018 avente ad oggetto "Riforma dell'attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici", AgID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

2.1.2.1. Accessibilità Digitale

Per "accessibilità digitale" si intende l'impiego di tecnologie digitali per garantire l'accesso ai servizi sanitari a un ampio spettro di utenti, concentrandosi specialmente su persone con disabilità agli strumenti informatici. L'obiettivo principale dei servizi di sanità digitale è quello di rendere l'assistenza sanitaria più efficiente, accessibile e personalizzata per i pazienti.



Sul sito internet dell'Istituto è possibile accedere a diversi servizi online della sanità pugliese: Prenotazione di visite ed esami, Pagamento ticket, Disdetta prenotazione e molto altro.

I servizi sono disponibili ad accesso libero o mediante autenticazione.

2.1.2.2. *Accessibilità fisica*

Per quanto riguarda, invece, l'accessibilità fisica, l'Istituto offre:

- Portineria: aperta 24 ore tutti i giorni dell'anno che vigila sul corretto afflusso/deflusso di visitatori all'ingresso nell'edificio;
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico che informa il Cittadino sul tipo di prestazioni, modalità di accesso e orari d'apertura dei servizi dell'Istituto. Accoglie e gestisce i reclami e gli elogi che l'utenza desidera porre all'attenzione dell'Istituto. Accoglie segnalazioni e suggerimenti utili a migliorare l'organizzazione dei servizi. Provvede all'istruttoria delle segnalazioni alle quali non è possibile dare immediata risposta e attua iniziative volte al superamento di eventuali disservizi. Collabora con le Associazioni di volontariato e con gli Organismi di Tutela dei Cittadini, accreditati presso l'Istituto, per il supporto ai pazienti e ai loro familiari.

L'Istituto intende potenziare tale servizio con n. 2 unità con funzione di Front - office dalle ore 08,00 alle ore 14,00 di tutti i giorni feriali presso l'ingresso principale dell'edificio ospedaliero al fine di provvedere a tutte le attività necessarie per instaurare e mantenere le migliori relazioni con la utenza, supportandola nelle proprie esigenze.

2.1.3. *Semplificazione*

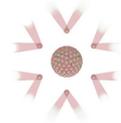
L'Agenda per la semplificazione per la ripresa 2020-2026, adottata nel 2020 e aggiornata a marzo 2022 in linea con gli interventi del PNRR, ha delineato diverse azioni volte a ridurre gli adempimenti burocratici e le incombenze amministrative, in modo da rendere la Pubblica Amministrazione più semplice, veloce e vicina ai cittadini.

L'Istituto, applicando tali propositi al contesto sanitario, ha adottato le misure di seguito elencate al fine di perseguire gli obiettivi delineati nell'Agenda per la semplificazione:

- *Digitalizzazione dei processi*: l'Istituto ha dedicato particolare attenzione alla promozione e all'adozione delle tecnologie digitali, come la firma elettronica e la trasmissione digitale dei documenti, al fine di semplificare e ridurre gli oneri amministrativi per il proprio personale.

Per l'anno 2025, l'obiettivo dell'Istituto sarà quello di espandere l'ampia gamma dei servizi digitali offerti e di incrementare ulteriormente l'utilizzo di strumenti informatici, con lo scopo primario di minimizzare l'utilizzo di supporti cartacei al livello strettamente necessario.

- *Semplificazione delle procedure*: in ambito amministrativo, l'Istituto ha raggiunto l'obiettivo di automatizzare la pubblicazione dei provvedimenti amministrativi sull'albo pretorio, garantendo un accesso più funzionale ed intuitivo a tutti gli atti pubblici. L'Istituto sta procedendo, inoltre, ad un aggiornamento degli strumenti generali di gestione documentale, con particolare riferimento al nuovo sistema di gestione del protocollo e del nuovo sistema gestione atti deliberativi/determinazioni dirigenziali. Entrambi gli strumenti dovranno essere complianti con



tutte le normative di settore, con particolare riferimento al CAD (Codice Amministrazione Digitale), e alle “Linee Guida AGID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici”.

Con particolare riferimento alla necessità di osservare le prescrizioni in materia di conservazione documentale e conservazione sostitutiva, si garantirà la formale attribuzione del ruolo di Responsabile della Conservazione, che provvederà a definire e attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e governarne la gestione.

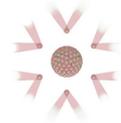
Il Responsabile della Conservazione provvederà inoltre a redigere il Manuale di Conservazione. Il Manuale di Conservazione deve illustrare dettagliatamente l’organizzazione, i soggetti coinvolti e i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, la descrizione del processo, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture utilizzate, le misure di sicurezza adottate e ogni altra informazione utile alla gestione e alla verifica del funzionamento, nel tempo, del sistema di conservazione. Il contenuto del manuale deve essere rispettoso delle prescrizioni contenute al paragrafo 4.6 delle Linee Guida AGID sul documento informatico. Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a redigere, adottare con provvedimento formale e pubblicare sul proprio sito istituzionale il manuale di conservazione.

- *Collaborazione* con altri enti pubblici e privati: l’Istituto dedica particolare attenzione all’aspetto collaborativo, perché ritiene che la cooperazione tra enti sia essenziale per la riduzione della duplicazione di lavoro. A dimostrazione di ciò, si riporta che l’Istituto, ad esempio, lato amministrativo, ha partecipato a numerose gare aggregate con altri istituti che si sono rivelate essenziali per un utilizzo più efficiente delle risorse e, lato ricerca scientifica, ha dedicato la struttura semplice Trasferimento Tecnologico (TTO) alla partecipazione, costituzione e consolidamento dei rapporti con associazioni, consorzi, società e altri organismi pubblici e privati, correlati all’attività di ricerca scientifica che si svolge presso l’Istituto. L’Istituto partecipa al progetto Life Science TTO Network (PNC- TT) - PNC-E3-2022-23683268 (PerfeTTO), come da Delibera del Direttore Generale n. 956 del 8 dicembre 2023, ed è inserito nel WP4 – Business Matching. PerfeTTO fornisce strumenti innovativi e risorse per promuovere la cultura del Trasferimento Tecnologico, valorizzando la Ricerca italiana. Nel 2024, oltre a numerosi seminari di formazione, il progetto ha organizzato il primo evento Hot Topic, sul tema dell’utilizzo dell’Intelligenza Artificiale per la diagnostica da laboratorio. Inoltre, a settembre 2024 è partito il primo programma di accelerazione di PerfeTTO, il TTAccelerator, che mira a supportare e guidare i TT officer ed i ricercatori nello sviluppo di un progetto imprenditoriale basato sui propri risultati di ricerca.

2.1.4. Digitalizzazione e sicurezza informatica

2.1.4.1. Digitalizzazione

L’Agenda digitale italiana è un programma di governo nazionale che ha l’obiettivo di promuovere l’adozione e l’utilizzo delle tecnologie digitali. L’Agenda mira a migliorare la competitività del



paese attraverso la creazione di infrastrutture e servizi digitali, la promozione dell'innovazione, la formazione e l'educazione digitale, nonché a rendere i servizi pubblici più facilmente accessibili per i cittadini e più efficienti, attraverso progetti per diverse aree come la banda larga, la sicurezza informatica, l'e-government e l'e-health.

L'Istituto, per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda digitale italiana, ha messo in atto diverse azioni che mirano a favorire la ricerca e l'innovazione nel campo della sanità digitale:

Cartella Clinica Elettronica: l'Istituto ha implementato presso tutte le strutture di ricovero la Cartella Clinica Elettronica. Obiettivo per i prossimi anni è quella di integrare l'attuale implementazione con gli altri Sistemi Informativi Aziendali del Laboratory Information System, Radiology Information System e Cardiology Information System;

Telemedicina: consiste nell'utilizzo di tecnologie informatiche e telematiche per fornire assistenza sanitaria a distanza, attività che può includere la comunicazione tra medici e pazienti, la diagnostica a distanza e la gestione dei dati sanitari.

L'Istituto ha ottenuto il finanziamento del Progetto TeleC.Or.O con cui verranno erogate prestazioni di televisita attraverso n. orerogativa 11 postazioni remote sul territorio amministrato da infermieri in collegamento con i medici specialisti dell'Istituto ed attraverso la Centrale Regionale CORE-Health.

L'obiettivo per i prossimi anni è quello di sviluppare nuove modalità di erogazione delle visite specialistiche a distanza che possono sostituire la visita in presenza in alcuni momenti del percorso di cura dei pazienti, nonché di progettare nuovi processi per "mettersi in rete" con l'esterno al fine di attivare nuovi canali di accesso e collaborazione.

La prerogativa di conseguire i contenuti di Valore Pubblico, sopra descritti in forma sintetizzata, è meglio dettagliata nella sezione della Performance, secondo quanto definito nel presente PIAO all'allegato *PIAO_2025-2027_b) Obiettivi Direttore Generale* contenente il dettaglio del valore pubblico in termini di performance, ovvero gli obiettivi affidati al Direttore Generale per il 2025.

2.1.4.2. Sicurezza informatica

E' stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 230 del 01 ottobre 2024 il Decreto Legislativo n. 138 del 4 settembre 2024, che recepisce la Direttiva (UE) 2022/2555, relativa a misure per un livello comune elevato di cybersicurezza nell'Unione (anche nota come NIS2).

Il decreto stabilisce misure volte a garantire un livello elevato di sicurezza informatica in ambito nazionale, contribuendo ad incrementare il livello comune di sicurezza nell'Unione europea in modo da migliorare il funzionamento del mercato interno.

I soggetti essenziali e importanti dovranno adottare misure tecniche, operative e organizzative adeguate e proporzionate alla gestione dei rischi posti alla sicurezza dei sistemi informativi e di rete, che tali soggetti utilizzano nelle loro attività o nella fornitura dei loro servizi, nonché per prevenire o ridurre al minimo l'impatto degli incidenti per i destinatari dei loro servizi e per altri servizi.

Tali misure, ai sensi dell'art. 24 del Decreto Legislativo, devono assicurare un livello di sicurezza dei sistemi informativi e di rete adeguato ai rischi esistenti.



In particolare, le misure tecniche richieste comprendono:

- politiche di analisi dei rischi e di sicurezza dei sistemi informativi e di rete;
- la gestione degli incidenti;
- politiche di continuità operativa, ivi inclusa la gestione di *backup*, il ripristino in caso di disastro e gestione delle crisi;
- politiche di sicurezza della catena di approvvigionamento, ivi compresi gli aspetti relativi alla sicurezza riguardanti i rapporti tra ciascun soggetto e i suoi diretti fornitori o fornitori di servizi;
- pratiche di igiene di base e di formazione in materia di sicurezza informatica;
- uso della crittografia e autenticazione a più fattori;
- sicurezza e affidabilità del personale, politiche di controllo dell'accesso e gestione dei beni e degli assetti.

I soggetti essenziali ed importanti dovranno, in sintesi:

- registrarsi nella piattaforma ACNS, identificando un punto di contatto dell'ente con il relativo ruolo;
- notificare al CSIRT Italia ogni incidente con impatto significativo nella fornitura dei servizi;
- aggiornare l'Autorità con una relazione intermedia;
- stendere una relazione finale entro un mese dalla notifica dell'incidente.

L'Istituto quindi, nel periodo di riferimento del PIAO, dovrà attivare una complessa e articolata attività di adeguamento alla normativa, che comprendono l'adozione di opportune strategie di difesa preventiva e proattiva dalle aggressioni informatiche, l'acquisizione di necessari strumenti (hardware e software) per la realizzazione di tali strategie e la formazione dei dipendenti per garantire la migliore reazione agli attacchi (malware, phishing, VPN eccetera).

Allo stato attuale, di avvio della cogenza normativa, tali strategie devono essere calibrate intersecandosi con opportune indicazioni regionali, ancora non disponibili, circa eventuali servizi che possano essere resi a livello centrale dagli organismi a ciò deputati (Innovapuglia, Responsabile per la Transizione Digitale Regionale eccetera).

2.2. Performance

La sottosezione, predisposta in conformità alle previsioni del Capo II del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. In essa, tenendo conto del **contesto esterno ed interno** nei quali l'Istituto opera e, con riferimento **alla struttura dell'offerta, ai livelli assistenziali assicurati ed alla peculiare natura di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico**, si procede alla declinazione degli obiettivi strategici assegnati dalla committenza nazionale e regionale e dagli organi di indirizzo e controllo in obiettivi operativi.



2.2.1. L'Istituto e la produzione

La dotazione dei posti letto dell'Istituto è pari 179 in seguito all'incremento definito con Delibera di Giunta Regionale n. 1384 del 3 ottobre 2024 "Approvazione definitiva Regolamento Regionale - Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 - Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020". Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024" distribuita come segue:

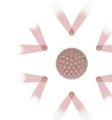
Denominazione	Numero posti letto previsti
CHIRURGIA GENERALE	47
CHIRURGIA PLASTICA	10
CHIRURGIA TORACICA	16
EMATOLOGIA	21
ONCOLOGIA	30
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16
OTORINOLARINGOIATRIA	10
TERAPIA INTENSIVA	7
UROLOGIA	10
LUNGODEGENZA	10
TERAPIA DEL DOLORE	2
Totale	179

Si riporta di seguito l'analisi della performance tecnico-economica dell'assistenza realizzata nel triennio precedente al fine di meglio pianificare gli interventi organizzativi e le azioni correttive utili a migliorare efficacia ed efficienza delle prestazioni rese.

2.2.1.1. Analisi generale assistenza - Ricoveri

In relazione alle attività di assistenza in regime di ricovero di seguito in tabella si possono valutare gli andamenti di base per le annualità a confronto, tenuto conto della variabilità del dato 2024 dovuto al completamento delle ultime schede di dimissione ospedaliera in corso di validazione da parte dei reparti sui sistemi informatici regionali.

2.2.1.2. Ricoveri in Regime Ordinario



Unità Operativa	2022				2023				2024			
	n.	Peso Medio	Degenza Media	Valore	n.	Peso Medio	Degenza Media	Valore	n.	Peso Medio	Degenza Media	Valore SDO (Stima)
Senologia	380	1,08	3,34	1.156.514	411	1,07	3,19	1.223.083	430	1,03	3,17	1.203.889
Chirurgia Generale Oncologica	367	1,97	7,6	2.575.424	279	2,11	7,03	2.084.553	285	1,99	7,60	2.238.612
Radiodiagnostica Interventistica	367	1,82	7,47	2.224.927	65	1,55	8,55	345.209	-	-	-	-
Chirurgia Plastica	370	1,50	2,96	1.705.439	364	1,51	2,87	1.680.469	387	1,44	2,94	1.779.192
Chirurgia Toracica	486	2,06	3,98	3.283.805	576	2,01	4,24	3.831.558	576	1,93	3,67	3.761.743
Ematologia	248	2,81	16,16	2.307.381	331	3,95	15,07	4.264.421	283	3,80	15,96	3.586.253
Ginecologia	246	1,63	4,27	1.369.214	369	1,59	4,22	1.983.406	456	1,52	4,52	2.449.245
Otorinolaringoiatria	81	1,32	5,51	324.587	43	1,04	4,14	132.394	52	1,20	4,02	270.425
Urologia	263	1,13	4,45	959.602	241	1,16	4,15	906.943	164	1,04	4,62	660.981
Terapia Intensiva Post Operatori	7	3,91	12,86	101.819	9	2,86	17	80.663	8	2,70	11,50	395.484
Oncologia Medica	600	1,34	9,22	2.567.255	460	1,34	9,45	1.947.392	345	1,24	8,70	1.424.772
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	-	-	-	-	141	1,46	8,65	679.028	219	1,48	8,04	1.185.446
Totale Ricoveri Ordinari	3.415	1,67	6,48	18.575.967	3.289	1,79	6,31	19.159.118	3.205	1,70	5,98	18.956.042

2.2.1.3. Ricoveri in Regime Day Hospital

Unità Operativa	2022			2023			2024		
	n.	Peso Medio	Valore	n.	Peso Medio	Valore	n.	Peso Medio	Valore SDO (Stima)
Senologia	119	1,08	221.105	120	1,10	227.156	86	0,88	123.107
Chirurgia Generale Oncologica	17	0,73	16.096	20	1,15	20.535	14	0,75	13.333
Radiodiagnostica Interventistica	113	1,05	54.270	59	0,77	20.115	30	0,99	32.442
Chirurgia Plastica	90	1,31	164.555	108	1,31	199.126	80	1,14	129.565
Ginecologia	15	0,59	15.306	21	0,71	24.061	24	0,85	24.681
Otorinolaringoiatria	84	0,93	109.777	76	0,95	98.160	64	0,90	60.085
Urologia	8	0,96	7.657	2	0,69	3.679	1	0,69	2.830
Oncologia Medica	3	0,98	1.580	24	1,23	16.650	1	1,33	259
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	-	-	-	1	1,52	6.037	-	-	-
Totale Ricoveri Day Ospital	449	1,06	590.346	431	1,07	615.519	300	0,96	386.302

L'andamento rappresentato è nel complesso positivo se si considera la contrazione produttiva di alcune unità operative conseguenza dell'assetto organizzativo dell'Istituto.

Obiettivo dell'Istituto per il prossimo triennio 2025-2027 è incrementare l'offerta assistenziale con particolare riferimento alle strutture riportate di seguito:

- SC Oncologica Medica per la quale con Delibera del Direttore Generale n. 405 del 13 giugno 2024 è stato conferito l'incarico quinquennale di Direttore al Prof. Nicola Silvestris;
- SSD Urologia per la quale con Delibera di Giunta Regionale n. 365 del 28 marzo 2024 si è preso atto dell'approvazione della clinicizzazione dell'Unità Operativa.

2.2.1.4. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale

In relazione alle prestazioni ambulatoriali di seguito in tabella si possono valutare gli andamenti di base per le annualità a confronto:



Unità Operativa	2022		2023		2024	
	n.	Valore	n.	Valore	n.	Valore
NEUROLOGIA	2923	30.257			276	3.050
ANATOMIA PATOLOGICA	15698	629.220	15.930	654.975	13.625	512.586
DIAGNOSTICA POLMONARE	2	93				
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	23107	2.685.930	31.763	3.867.617	30.358	3.785.925
CARDIOLOGIA	9748	283.769	10.294	297.587	10.236	288.075
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	1404	86.591	1.371	65.348	1.234	96.091
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	20962	376.181	23.706	420.238	23.512	376.672
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	11904	363.972	8.025	211.100	5.925	167.853
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	1484	363.061	1.126	312.769	1.263	363.161
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1376	60.469	1.475	60.863	1.707	72.631
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	10128	582.924	12.013	641.084	11.227	595.726
DERMATOLOGIA	3283	62.389	2.551	46.930	4.319	77.590
CHIRURGIA TORACICA	2217	45.681	2.672	53.784	2.482	250.828
CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	182	6.447	333	7.970	4	395
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	1385	122.237	1.107	103.662	487	51.070
EMATOLOGIA	45879	889.068	48.031	885.739	58.550	1.137.249
PATOLOGIA CLINICA	531527	1.762.874	623.788	2.078.237	603.700	2.022.249
NEUROLOGIA 32	1353	21.044			159	3.021
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	7482	348.738	7.829	628.290	7.559	631.649
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO MAXILLO FACCIALE	5853	231.480	5.495	185.535	5.292	181.091
PSICONCOLOGIA	1384	27.216	1.625	31.652	62	1.160
UROLOGIA	2904	133.368	2.963	136.924	3.190	126.810
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	5780	435.340	6.306	509.238	4.944	414.593
TUMORI RARI E MELANOMA	7916	97.974	8.217	100.207	10.761	130.515
AMBULATORIO TUMORI EREDO-FAMILIARI	2346	78.697	2.156	70.458	2.230	73.443
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE PAZIENTE ONCOLOGICO	31202	629.579	26.644	530.972	23.672	466.297
ONCOLOGIA MEDICA	40360	483.746	47.879	583.224	52.132	641.721
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	13955	180.394	16.823	339.291	16.836	395.776
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	27757	2.735.662	30.407	3.049.148	33.307	3.347.205
RADIOLOGIA SENOLOGICA	29429	1.095.726	29.268	1.113.660	33.416	1.194.670
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	58546	3.280.840	63.045	3.926.411	70.590	4.538.348
Totale	919.476	18.130.965	1.032.842	20.912.913	1.033.055	21.947.448

Nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale, le prestazioni di visita specialistica, esami strumentali e terapie ambulatoriali continuano il proprio andamento espansivo.

Ciò attesta che si tratta di una modificazione strutturale dell'offerta che incontra comunque il trend della domanda.

In tal senso il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 riscontra che *“In alcune regioni, i trattamenti oncologici sono già da tempo per gran parte gestiti in regime ambulatoriale. Il passaggio nella erogazione di trattamenti oncologici dal ricovero all'ambulatorio richiede una revisione sistematica delle modalità organizzative, delle tempistiche necessarie per erogare la prestazione e dei percorsi di cura, al fine di gestire in sicurezza tutte le fasi del processo e garantirne la tracciabilità. Pertanto, ogni Unità Operativa (U.O.) di oncologia medica e radioterapia, e ogni altra U.O. coinvolta nella erogazione di prestazioni ai malati oncologici, dovrebbe disporre di una procedura aziendale che identifichi chiaramente ruoli, responsabilità, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili”*.

E' proprio questa la sfida che nel triennio della pianificazione del presente PIAO si pone l'Istituto: attivare stabilmente le procedure di presa in carico e gestione del PDTA del paziente mediante il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) e le sue implicazioni **professionali** (infermieri specializzati nel ruolo di *“oncology nurse navigator”* ed *“oncology care manager”*, psiconcologi, assistenti sociali), **organizzative** (procedure, linee guida e team multidisciplinari) e **tecnologiche** (integrazione tra sistemi informativi e telemedicina).

L'approccio dell'Istituto alla gestione delle prestazioni specialistiche è pertanto mutare da una sterile attenzione alla gestione dei tempi e delle liste di attesa alla garanzia del completamento del percorso diagnostico ed alla presa in carico globale dell'assistenza al paziente, secondo quanto declinato nel Manuale delle Procedure del Centro di Orientamento Oncologico dell'Istituto,



adottato con Delibera del Direttore Generale n. 771 del 31 dicembre 2021, armonizzato all'organizzazione della Rete Oncologica Pugliese per divenirne il suo primario interprete.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 1863 del 23 dicembre 2024 *"Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. 204 del 14/11/2024 – Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023"* è stato recepito il nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali con decorrenza 30 dicembre 2024 i cui effetti si manifesteranno nel corso dell'anno 2025.

La possibilità di conseguire l'obiettivo strategico di incremento della produzione non può prescindere:

- dall'assunzione del personale di cui al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale riportato di seguito;
- dall'attivazione ed efficiente funzionamento della 4° sala del Gruppo Operatorio;
- dall'accreditamento istituzionale;
- dalla realizzazione secondo le tempistiche pianificate degli investimenti che verranno descritti nell'apposita sezione della presente pianificazione;
- dalla più efficiente gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con riduzione dei tempi di esecuzione delle procedure diagnostiche.

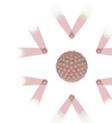
Sono obiettivi estremamente ambiziosi che richiederanno uno sforzo organizzativo collettivo e grande tempestività nel completamento delle procedure di acquisizione delle risorse sia umane che strumentali da parte delle strutture di supporto tecnico-amministrativo.

L'incremento della produzione, finalizzato anche al conseguimento dell'equilibrio di bilancio, deve essere realizzato utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili in funzione della migliore efficacia operativa.

L'Istituto, intende, perseguire il rispetto dei tetti di spesa assegnati annualmente con Delibera di Giunta Regionale relativi al:

- contenimento della spesa per acquisti diretti di farmaci e gas medicali rilevata da flussi dei consumi aziendali nei limiti del tetto di cui all'art. 1, co. 398, L. 232/2016 - Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022,
- contenimento della spesa dei dispositivi medici finalizzata al raggiungimento degli obiettivi minimi di budget ai sensi dell'art. 1, comma 131, della L. 24 dicembre 2012 n. 228 e s.m.i..

La pianificazione economica di quanto in precedenza descritto avverrà con la redazione del Bilancio Pluriennale di Previsione 2025-2027 e del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2025, la cui scadenza, con Nota Prot. n. 0633227/2024 del 19 dicembre 2024 del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale - Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport - Servizio Gestione Sanitaria Accentrata della Regione Puglia, è stata fissata per il 15 febbraio 2025 ex art. 5, comma 1 del Decreto Ministeriale del 24/05/2019 – Ministero della Salute.



2.2.2. Piano triennale degli Investimenti

L'ulteriore crescita di degenze e servizi, necessaria a servire la crescente domanda di assistenza e consolidare l'immagine di Centro di Riferimento Oncologico Regionale, che l'Istituto ha raggiunto anche grazie alla qualità delle proprie prestazioni, ha fatto emergere l'impellente esigenza di programmare investimenti per adeguamento strutturale, potenziamento tecnologico e per acquisiti di beni e servizi durevoli.

Si riporta di seguito la pianificazione triennale degli investimenti con le relative modalità di finanziamento:

2.2.2.1. *Acquisizioni con fondi di bilancio*

Le acquisizioni indispensabili e indifferibili, quanto meno per garantire la erogazione dei LEA oppure per evidenti e non procrastinabili interventi che attengono alla sicurezza o all'adeguamento normativo di riferiscono:

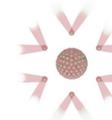
Oggetto	Spesa presunta IVA esclusa (€)
Sostituzione di attrezzature obsolete, ma funzionali alla produzione di attività necessarie al fine di garantire i LEA.	400.000
Sostituzioni di attrezzature informatiche obsolete ma funzionali alla produzione di attività necessarie al fine di garantire i LEA.	50.000
Opere edili necessarie per perseguire l'incremento di posti letto richiesto dalla Regione Puglia con il Piano di Riordino Ospedaliero del 2019, richiamato con nota prot. 23405 del 18/10/2022. Gli interventi comprendono gli adeguamenti strutturali necessari per la realizzazione del nuovo reparto di Urologia	200.000
Opere edili necessarie per la manutenzione straordinaria della viabilità esterna, per ineludibili ragioni di sicurezza collegate con la crescita di radici al di sotto del manto stradale, e contestuale rifacimento della segnaletica orizzontale e verticale	150.000
Opere edili necessarie per la realizzazione di una isola ecologica	120.000
Opere edili necessarie per adeguamenti punto prelievi	40.000
Totale	960.000

2.2.2.2. *Acquisizioni possibili con fondi di Conto Capitale*

Con Delibera del Direttore Generale n. 841 del 25 ottobre 2023 "Progetto Conto Capitale CC-2022-23682641 – Piattaforma di imaging confocale e trascrittomico spaziale". CUP: F97G23000050001" si è preso atto del finanziamento ministeriale pari ad € 694.127,00.

2.2.2.3. *Acquisizioni possibili mediante fondi PNRR "Grandi Apparecchiature"*

Tra le varie Missioni del PNRR, la Missione 6 Salute si articola in componenti e aree di investimento tra le quali, la Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Sub investimento 1.1.2 – Grandi apparecchiature sanitarie, ha visto la partecipazione di questo Istituto mediante la presentazione di n. 9 schede di intervento



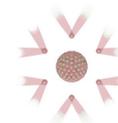
per la sostituzione di altrettante apparecchiature in uso.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 1023 del 22 luglio 2022 "PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell'art. 5 del CIS", è stato formalizzato il "Provvedimento di Delega amministrativa per l'attuazione di interventi" e assegnato all'Istituto il budget definitivo per l'attuazione delle schede di intervento, come da seguente quadro sinottico:

n.	Descrizione	Apparecchiatura	Lavori	Accantonamenti	Iva	Importo Totale Iva Inclusa
1	Tac Radiologia 128 Strati	373.000	47.574	17.664	90.704	528.942
2	Tac Simulatore 128 Strati	373.000	47.574	17.664	90.704	528.942
3	Risonanza Magnetica 1,5t	644.000	82.139	30.497	156.604	913.241
4	Acceleratore Lineare	1.619.000	206.496	74.845	393.296	2.293.637
5	Mammografo 1	199.000	17.657	9.316	47.595	273.568
6	Mammografo 2	199.000	17.657	9.316	47.595	273.568
7	Ecografo	64.500	-	2.902	14.829	82.231
8	Ecografo Multidisciplinare	64.500	-	2.902	14.829	82.231
9	Telecomandato	176.000	17.568	7.936	42.223	243.727
Totale						5.220.087

Con Delibera del Direttore Generale n. 578 del 7 agosto 2024, al fine di attuare l'obiettivo ministeriale di ottimizzazione della spesa totale, questo Istituto ha avviato formalmente l'iter di riprogrammazione dei quadri di spesa relativo ai n. 9 interventi previsti, a parità di investimento complessivo, che potrà essere sottoposta all'Unità di Missione del Ministero non appena sarà formalizzata la relativa procedura da parte dei competenti Uffici della Regione Puglia che governano il processo di intermediazione tra i Soggetti Attuatori e il Ministero medesimo, secondo il seguente schema:

PNRR	Importo Attuale	Importo Rideterminato	Delta
scheda 1	528.942	520.668	8.274
scheda 2	528.942	564.280	- 35.338
scheda 3	913.241	965.113	- 51.873
scheda 4	2.293.637	2.332.654	- 39.017
scheda 5	273.568	239.040	34.528
scheda 6	273.568	222.440	51.128
scheda 7	82.231	73.349	8.882
scheda 8	82.231	36.383	45.849
scheda 9	243.727	265.230	- 21.503



Totale	5.220.087	5.219.158	929
--------	-----------	-----------	-----

2.2.2.4. *Acquisizioni mediante fondi Piano nazionale complementare PNC*

Con Delibera del Direttore Generale n. 462 del 30 maggio 2023 si è dato avvio alla realizzazione di nuovi laboratori di ricerca. Iniziativa finanziata dal Piano nazionale complementare PNC 0000002, Avviso D.D. n. 931 del 6 giugno 2022 - Progetto Dare-Digital Lifelong Prevention - CUP Istituto: B53C22006270001.

L'importo è pari ad € 1.235.000,00.

2.2.2.5. *Acquisizioni ad oggi non coperte da finanziamento, ma per le quali si è attivata procedura di richiesta fondi*

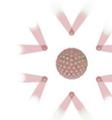
Con Delibera del Direttore Generale n. 285 del 20 aprile 2024 è stata adottata la Programmazione triennale dei lavori pubblici e degli acquisti di beni e servizi - Art. 37 del Decreto Legislativo n. 36 del 31 marzo 2023, la prima redatta secondo le indicazioni del Nuovo Codice Appalti, che prevede che le programmazioni vengano adottate, anche nelle tempistiche, in maniera coordinata con il bilancio di ogni azienda.

Tale Delibera con i relativi allegati costituisce un riferimento complessivo utile ad avere un quadro complessivo degli investimenti, sia quelli eseguiti o in esecuzione, che quelli al momento solo ipotizzabili in quanto privi di specifico finanziamento.

Va sottolineato che come previsto dal comma 9.c dell'Art. 4 dell'allegato I.5 al Decreto Legislativo n. 36 del 31 marzo 2023, il programma può essere modificato in corso di validità con modifiche che riguardino l'aggiunta di uno o più lavori (servizi e forniture) per la sopravvenuta disponibilità di finanziamenti all'interno del bilancio.

Descrizione	Stima importo complessivo del progetto (€)
"Ampliamento dell'Oncologico di Bari" - Investimenti Regione Puglia di cui alla DGR 1055/2023 nell'ambito dei Fondi di Coesione 2021-2027	16.000.000
"Acquisto PET/TAC" - Investimenti Regione Puglia di cui alla DGR 1055/2023 nell'ambito dei Fondi di Coesione 2021-2027	9.900.000
"Progetto Gammapod" - progetto di adeguamento del terzo bunker per la creazione di un percorso specifico di radioterapia stereotassica mammaria	6.500.000
"Progetto SkinScan" - progetto di acquisizione di una apparecchiatura per la prevenzione e il follow up dei tumori della pelle	549.000
Interventi straordinari necessari per ripristinare la sicurezza delle acque	850.000
Contestuali opere di pitturazione e di adeguamento alle disposizioni Hospitality	480.000
Totale	34.279.000

2.2.3 L'Istituto e la ricerca



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 parametri bibliometrici, sempre riferiti alle pubblicazioni dell'Istituto ("Field Weight Citation" e "% International Collaboration"), costituisce il cosiddetto "benchmarking internazionale" e ha un peso pari al 50% nella distribuzione annuale delle risorse che il Ministero della Salute stanZIA 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.

L'istituto ha mostrato nel biennio 2022-2023 un trend positivo (>1) dei parametri quali-quantitativi della produzione scientifica (3-6), come di seguito riportato in grassetto:

Indicatore	Anno 2022	Anno 2023
Numero totale pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali	213	178
Impact Factor Normalizzato	963,38	911,33
Impact Factor Medio per Ricercatore	5,6	8,28
Impact Factor Medio per Ricercatore che hanno pubblicato almeno 4 lavori nel triennio	12,95	15,43
Numero pazienti reclutati in Trials Clinici	797	2383
Numero personale della ricerca "Piramidato"	17	48

I parametri per l'annualità 2024 saranno estrapolati dalla dichiarazione sostitutiva del Ministero, resa disponibile ad aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

2.2.2.6. Consolidamento dei livelli di Impact Factor sinora conseguiti

Il mantenimento di adeguati livelli di Impact Factor normalizzato (IFn), nel rispetto dei valori minimi per il riconoscimento della natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico previsti dall'Allegato al Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, che per la specialità oncologica è del valore di 900, dovrà essere assolutamente garantito per tutto il triennio 2025-2027. Obiettivo per il prossimo anno è quello di incrementare l'IF grezzo del 5 % rispetto al 2024.

2.2.2.7. Investimenti Ricerca

Nei prossimi anni, si attueranno gli adeguamenti delle strutture sperimentali alle nuove mutate esigenze di tipo scientifico/organizzativo definite nella Delibera del Direttore Generale n. 297 del 26 aprile 2024. Nel corso del 2025 dovrà darsi luogo all'implementazione dei nuovi laboratori di ricerca per i quali è già prevista una dotazione finanziaria proveniente dal Progetto DARE di circa 1,2 M€. Laddove tale dotazione possa rivelarsi insufficiente, dovrà essere formulata una progettazione tecnica modulare che possa essere progressivamente ed armonicamente accresciuta con cofinanziamenti provenienti da altre fonti.

2.2.2.8. Programmazione e governance della ricerca



Nel 2025, l'Istituto focalizzerà le proprie attività di ricerca sull'approfondimento di tematiche di fondamentale rilevanza nell'ambito delle malattie oncologiche, come delineato nel Piano Strategico redatto nel 2024. Tale attività di ricerca si articolerà in due principali ambiti: clinico e traslazionale.

Sul versante clinico, l'attenzione sarà rivolta ai risultati dei numerosi studi, sia a carattere profit che no profit, attualmente in corso presso l'Istituto, con il diretto coinvolgimento dei nostri specialisti nella gestione di diverse patologie tumorali.

Per quanto riguarda l'aspetto traslazionale, le attività si concentreranno su tre direttrici principali:

a) L'identificazione di nuovi neoantigeni tumorali e biomarcatori utili per la diagnosi, la prognosi e la predizione della risposta alle terapie, nonché di nuovi bersagli farmacologici. Questi risultati saranno ottenuti grazie all'impiego delle scienze omiche (genomica, epigenomica, proteomica, metabolomica, radiomica), con particolare attenzione all'utilizzo di biopsie liquide. Le analisi così condotte genereranno una grande mole di dati, che sarà elaborata mediante metodologie avanzate di bioinformatica, deep learning e intelligenza artificiale, permettendo una comprensione più approfondita della biologia tumorale.

b) In collaborazione con importanti centri di nanotecnologie, sia nazionali che internazionali, i bersagli individuati saranno sfruttati per sviluppare nanoparticelle innovative, finalizzate al trasporto di farmaci già in uso clinico o di farmaci riproposti per l'impiego nelle patologie oncologiche.

c) Un ulteriore ambito di ricerca sarà costituito dagli screening farmacologici per le diverse patologie tumorali, effettuati utilizzando modelli cellulari complessi, come gli organoidi derivati dai pazienti (patient-derived organoids). Tali modelli, che riproducono ex vivo la complessità del tumore e del suo microambiente, consentiranno di approfondire il ruolo cruciale del microambiente tumorale nella risposta ai trattamenti, un aspetto ormai ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica.

Questa impostazione multidisciplinare e innovativa sarà determinante per il progresso nella comprensione e nel trattamento delle patologie oncologiche.

Questa impostazione multidisciplinare e innovativa sarà determinante per il progresso nella comprensione e nel trattamento delle patologie oncologiche.

Nell'arco del 2024, l'Istituto è stato impegnato nelle attività finalizzate al ri-accreditamento istituzionale in aderenza agli standards dell'Organization of European Cancer Institutes (OECI). A tal proposito, è stato istituito un Tavolo di Lavoro istituzionale composto da clinici e ricercatori, e il cui Responsabile è stato individuato nella persona della Dott.ssa Raffaella Massafra. Il programma A&D proposto da OECI è un programma di accreditamento oncologico che valuta la qualità dell'assistenza oncologica e della ricerca traslazionale promosse dal Centro in un processo integrato, al fine di garantire ai pazienti oncologici un accesso equo a cure di alta qualità attraverso team multidisciplinari, assicurare che la ricerca sul cancro e l'innovazione siano pienamente integrate nei percorsi di cura dei pazienti, e mettere i pazienti al centro della loro assistenza.



Tra gli obiettivi scientifici/organizzativi dell'Istituto un ruolo fondamentale è la declinazione delle strutture della ricerca come definite nel Funzionigramma approvato con Delibera del Direttore Generale n. 297 del 26 aprile 2024, e recentemente approvate dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia, nel quale la direzione Scientifica è organizzata in 2 macroaree:

1) La prima del **Project Management della Ricerca** a cui afferiscono strutture amministrative della ricerca come il Servizio amministrativo della Ricerca, il Grant Office, l'Ufficio Trials Clinici, la Biblioteca e il Technology Transfer Office e Brevetti. Afferisce a questa struttura, il Laboratorio di Biostatistica e bioinformatica che svolge attività di ricerca autonoma e di supporto metodologico-statistico e informatico ai ricercatori nel collezionare, gestione ed elaborazione dei dati biomedicali nelle diverse fasi della ricerca oncologica.

2) La seconda delle **facility per la ricerca** che comprende 8 strutture: Biologia dei tumori e terapie molecolari, Biomarcatori e Bersagli Molecolari, Immunologia dei tumori e immunoterapia, Scienze omiche, Nanotecnologie, Virologia Oncologica, Ematologia Oncologica e la Biobanca.

In dettaglio, durante il prossimo anno, continueranno a svilupparsi i seguenti punti:

- assegnazione del Personale della Ricerca sanitaria e di supporto alla Direzione Scientifica alle strutture della ricerca dell'Istituto;
- adeguamenti delle strutture sperimentali alle nuove mutate esigenze di tipo scientifico/organizzativo;
- definizione dei programmi di ricerca;
- incremento della produzione scientifica e della qualità degli articoli scientifici già evidenziato nel biennio 2022-2023.

Nel proprio compito di indirizzo strategico e governo, il Direttore Scientifico è supportato da un External Advisory Board (EAB), i cui componenti, scelti tra scienziati europei e nazionali di alto valore, sono stati nominati nel corso del 2024 con Delibera del Direttore Generale n. 448 del 20 giugno 2024 e successiva rettifica ed integrazione effettuata con Delibera del Direttore Generale n. 510 del 16 luglio 2024. Il 23 gennaio 2024, si è tenuta la seduta di insediamento dell'EAB.

L'EAB si occupa anche della fattiva promozione di eventi scientifici di particolare rilievo.

Un'altra strategia di intervento è quella di continuare a concentrare gli sforzi e gli strumenti di ricerca, anche organizzativi e finanziari, sulle quattro Linee di ricerca, prorogate per la triennalità 2025-2027 e riportate di seguito:

- linea 1): *"Dalla cancerogenesi alla progressione tumorale per un'oncologia di precisione"*
- linea 2): *"Le sperimentazioni cliniche nell'era dell'oncologia di precisione"*
- linea 3): *"Scienze computazionali, tecnologie d'intelligenza artificiale: driver per un'oncologia digitale"*
- linea 4): *"Nuovi modelli organizzativi-gestionali in oncologia"*

Obiettivo conseguente è pertanto quello di far confluire tutte le progettualità, nuove o già avviate, verso le quattro Linee di ricerca con l'obiettivo di governarne lo sviluppo e coordinare il raggiungimento degli obiettivi dei singoli progetti verso un contributo alla strategia complessiva definita dalla Direzione Scientifica.



Questa convergenza andrà ricercata attraverso opportuna modulazione dei progetti di ricerca: progetti di durata biennale e valore economico idoneo al raggiungimento di obiettivi sfidanti e di forte impatto sulla clinica, presentati in risposta ad avvisi di tipo competitivo da parte dell'Istituto, aperti ai ricercatori interni, da finanziare con fondi 5x1000. La loro natura dovrà essere preferibilmente di tipo trasversale, aperta all'apporto di discipline diverse per aggregare più competenze e conoscenze, attivati a seguito di una selezione da parte di apposita commissione nominata dalla Direzione Strategica.

Inoltre, durante il prossimo anno, continueranno le progettualità già in essere o recentemente definite, quali:

1. Tecnopolo per la Medicina di Precisione finanziato dalla Regione Puglia (Delibera n. 914 del 31 ottobre 2019), recentemente prorogato per almeno due ulteriori anni di attività;
2. progetto: *"Analisi di biomarcatori cellulari in fluidi biologici di pazienti con cancro dell'ovaio e della vulva"* finanziato con Fondi 5 per mille 2020;
3. progetto: *"Screening in high-risk subjects: cancro del pancreas"* finanziato con Fondi 5 per mille 2020;
4. progetto: *"Screening nel Tumore del Polmone (STP): un percorso parallelo fra prevenzione clinica e supporto alla cessazione tabagica"* finanziato con Fondi 5 per mille 2020;
5. progetto: *"Ricerca di potenziali marcatori predittivo/prognostici tissutali e circolanti in pazienti con adenocarcinoma del pancreas e delle vie biliari intra ed extraepatiche nei setting adiuvante e metastatico"* finanziato con Fondi 5 per mille 2021;
6. progetto: *"Analisi farmaco-economica sui principali schemi di terapia a base di farmaci antitumorali, anticorpi monoclonali ed immunoterapici, distinti per distretto anatomico"* finanziato con Fondi 5 per mille 2021;
7. progetto: *"La malnutrizione in eccesso nelle pazienti affette da carcinoma mammario in corso di terapia oncologica: il ruolo della metabolomica e della radiomica"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
8. progetto: *"Il monitoraggio terapeutico dei farmaci (TDM) nella personalizzazione della terapia oncologica sistemica - compliance, qualità della vita e sopravvivenza in pazienti affetti da neoplasia solida"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
9. progetto: *"Attività proliferativa tumorale: dalla provetta alla Digital Pathology. Integrazione di sistemi tramite intelligenza artificiale a supporto delle scelte diagnostiche nel Carcinoma Mammario"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
10. progetto: *"Valutazione retrospettiva multicentrica degli effetti cardiovascolari a lungo termine in pazienti affetti da Linfoma diffuso a grandi cellule (DLBCL) sottoposti a terapia con doxorubicina liposomiale non peghilata (R-COMP)"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
11. progetto: *"Screening nel tumore della mammella per pazienti ad alto rischio di insorgenza o recidiva"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
12. progetto: *"PORT in lungo cancer"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
13. progetto: *"Presenza di composti volatili nei pazienti con cancro coloretale e adenoma ad alto rischi"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
14. progetto: *"In LOVAE for BHyA (In Laparoscopic/Open technique we Value the Analgesic Effectiveness for Bilateral HysteroAnnessiectomy): Analisi Retrospettiva nella prima fase,*



- Prospettica nella seconda fase, di comparazione dell'efficacia della analgesia intratecale single shot Vs analgesia peridurale e Vs analgesia endovenosa in pazienti oncologiche sottoposte ad isteroannessiectomia vl/open"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022;
15. progetto: *"Passi- vitali-Nordic Walking e Yoga come risorse per i pazienti oncologici"* finanziato con Fondi 5 per mille 2022.

Inoltre, continuerà lo sviluppo delle progettualità che vedono coinvolti il personale dell'Istituto come Principal Investigator o responsabili di unità collaboranti, quali:

n. 3 progetti PNRR-PNC multicentrici:

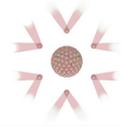
1. PNC DARE - Digital Lifelong Prevention (PI per l'Istituto: dott.ssa R. Massafra);
2. PNC-HLS-Diagnostica Avanzata (PI per l'Istituto: dott.ssa A. Azzariti);
3. Progetto Network Trasferimento Tecnologico Ecosistema della Salute (PI per l'Istituto: ing. V. Angiulli).

n. 9 progetti PNRR I avviso:

1. Analyses of HPV and host body fluid biomarkers as non-invasive strategy for detection of head and neck cancer relapse (PI per l'Istituto: dott.ssa R. Massafra);
2. A multi-omic approach for gene fusion detection in hematological malignancies: towards improved diagnostic screening and therapeutic targeting - FUSION-TARGET (PI per l'Istituto: dott. G. Volpe);
3. Identification of common pathogenic mechanisms driving squamous cell carcinomas of the anogenital tract and head&neck region to develop overarching therapeutic strategies (PI per l'Istituto: dott. O. Brunetti);
4. Cancer of unknown primary: shifting the paradigm from undefined heterogeneous malignancies to a new tumor type arising from cancer stem cells by specific pathogenetic mechanisms and targetable dysregulated pathways (PI per l'Istituto: dott. A. Zito);
5. A multiomics approach to identify signatures of response and resistance to immunotherapy in R/R Diffuse Large B-cell Lymphoma. (PI per l'Istituto: dott. A. Guarini);
6. Leukemic cell and microenvironment interactions as the culprit of chronicity in CLL. (PI per l'Istituto: dott.ssa C. Minoia);
7. Systematic reclassification of Variants of Unknown Significance in cancer-predisposing genes through machine learning applied to CRISPR-based functional screens. (PI per l'Istituto: dott.ssa S. Tommasi);
8. Development and validation of a biomedical device for the detection, characterization and removal of Circulating Tumor Cells from the peripheral blood of patients for the treatment and diagnosis of cancer-EVOLUTION (PI per l'Istituto: dott.ssa B. Pilato);
9. Dissecting the role of tau in ovarian cancer pathogenesis and drug resistance. (PI per l'Istituto: dott.ssa A. Azzariti).

n. 2 progetti Traiettorie del Piano operativo salute (POS):

1. Traiettorie 3 del Piano operativo salute: Sviluppo di una piattaforma per la implementazione clinica della oncologia di precisione nelle regioni del centro-sud Italia (COESIT) (PI per l'Istituto: dott.ssa S. Tommasi);



2. Traiettorie 4 del Piano operativo salute: HUB Scienze della Vita della Regione Puglia (PI per l'Istituto: dott. A. Guarini).

n.1 progetto di Ricerca Finalizzata-Giovani Ricercatori:

1. PEERAD - PrEdictingEndopredict score with RADiomics: a novel radiomics model based on artificial intelligence to drive adjuvant treatment in patients with early-stage, intermediate-risk, hormone-receptor positive HER2 negative breast cancer (PI dott.ssa A. Fanizzi).

n. 11 progetti PNRR II Avviso

1. NECTIN-1 AS A NEW SPECIFIC DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MARKER FOR POLYMORPHONUCLEAR MYELOID-DERIVED SUPPRESSOR CELLS (PMN-MDSC) (PI per l'Istituto: dott.ssa A. Argentiero);
2. Artificial intelligence and computational biology for predicting novel immunotherapeutic strategies in microsatellite stability colon cancer patients (PI per l'Istituto: dott.ssa A. Azzariti);
3. NANOPARTICLE ENABLED BLOOD TEST FOR DETECTION OF PANCREATIC CANCER IN INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASMS (IPMNs) (PI per l'Istituto: dott. O. Brunetti);
4. Longitudinal monitoring for the earliest and best management for pleural mesothelioma (LIFE BELT) (PI per l'Istituto: dott.ssa A. Catino);
5. MCNT- Prevenzione Early diagnosis of high-grade serous epithelial ovarian cancer through the analysis of DNA derived from Pap test smear (PI per l'Istituto: dott. G. Cormio);
6. DISCOVERY OF NEW ANTI-CANCER IMMUNOMODULATORS TO MAKE HIGH RISK NEUROBLASTOMA PATIENTS RESPONSIVE TO IMMUNOTHERAPY APPROACHES (PI per l'Istituto: dott.ssa L. Porcelli);
7. Inhibition of vegfr-1 with innovative biologics that target the tumor, tumor-associated vessels and immunosuppressive microenvironment for melanoma treatment (PI per l'Istituto: dott.ssa S. Serrati);
8. Scale-up the industrial development of cd99-null extracellular vesicles (evs) as therapeutic tools by using ewing sarcoma as prototype (start) (PI per l'Istituto: dott.ssa S. Tommasi);
9. Integrated BCR signaling and genomic/transcriptomic to identify patients with MCL failing BTK-inhibitors (PI per l'Istituto: dott.ssa M. Vegliante);
10. Developing a Biobank network among major sarcoma treatment centers to improve biomedical research (PI per l'Istituto: dott. S. Strippoli);
11. Liquid Biopsy implementation in the management of Rare Tumors associated with hereditary syndromes (LIBERTY) (PI per l'Istituto: dott.ssa M. Patruno).

n. 5 progetti Bandi a cascata PNRR

1. MNESYS - Neuronal Homeostasis and brain-environment interaction "Omics landscape of gliomas by long-read sequencing" (PI per l'Istituto: dott.ssa S. Tommasi);
2. RNS & Genetherapy Analisi delle modificazioni epigenetiche nei modelli cellulari 2D e 3D investigati mediante tecnologie di ATAC-seq e ChIP-seq (PI per l'Istituto: dott. G. Volpe);
3. THE - Tuscany Health Ecosystem 3 "Esame dei composti volatili nel Cancro del Colon" (PI per l'Istituto: dott.ssa E. Martinelli);



4. TARGETING MIR-21 VIA RNA NANOTECHNOLOGY TO ENHANCE THE RESPONSE TO ANTI-PD1 IN LIVER CANCER Acronimo MIRACLE (PI per L'Istituto: dott.ssa R. Fasano);
5. "AGE-IT" "Identificazione di biomarcatori circolanti associati a modelli distinti di multimorbilità in pazienti affetti da tumore e a rischio di fragilità mediante analisi metabolomica e proteomica - Acronimo: CircoMet" (PI per L'Istituto: dott.ssa C. Saponaro).

Progetto AIRC

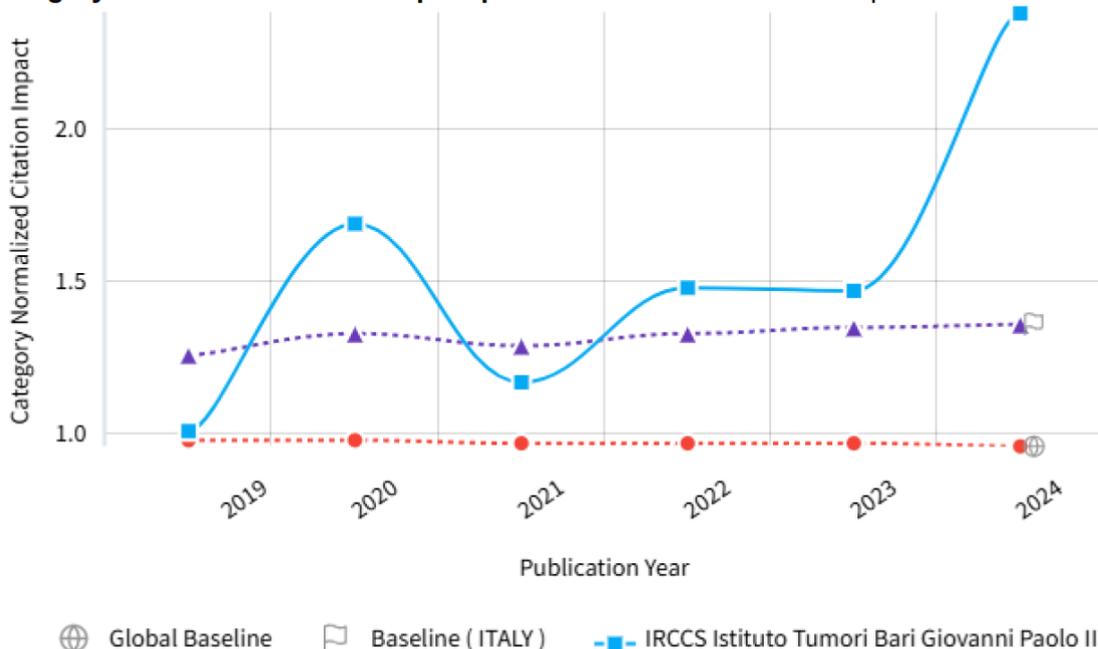
Unravelling the molecular roadmap to CEBPA-mutant driven leukemogenesis. Delibera del Direttore Generale n. 602 del 13 agosto 2024, PI: dott. G. Volpe per un finanziamento totale di Euro 925,771.00 per il quinquennio 2024-2029.

Inoltre, in data 2 settembre 2024 è stato comunicato dalla Commissione Europea al nostro Istituto, con Nota acquisita con Prot. 20257/2024, l'ammissione a finanziamento e la necessità di procedere con gli adempimenti successivi, per quanto concerne il progetto europeo - Proposta 2024 - EAC-A07-2023 - Programma Erasmus+ C-2023-1262 - Titolo del progetto "Promotion of Physical Activity for CANcer PATients - Acronimo: PACAP" - Project Coordinator: Dott. Pietro Milella (Delibera del Direttore Generale n. 660 del 27 settembre 2024).

2.2.2.9. Analisi dell'attività di ricerca

Come emerge dal report sulle performance della ricerca del nostro Istituto estrapolate da Web of Science, l'impatto delle citazioni normalizzate per categoria è cresciuto negli ultimi anni e nel 2024 è nettamente al di sopra della media nazionale e globale.

Category Normalized Citation Impact per Year What is the citation impact?

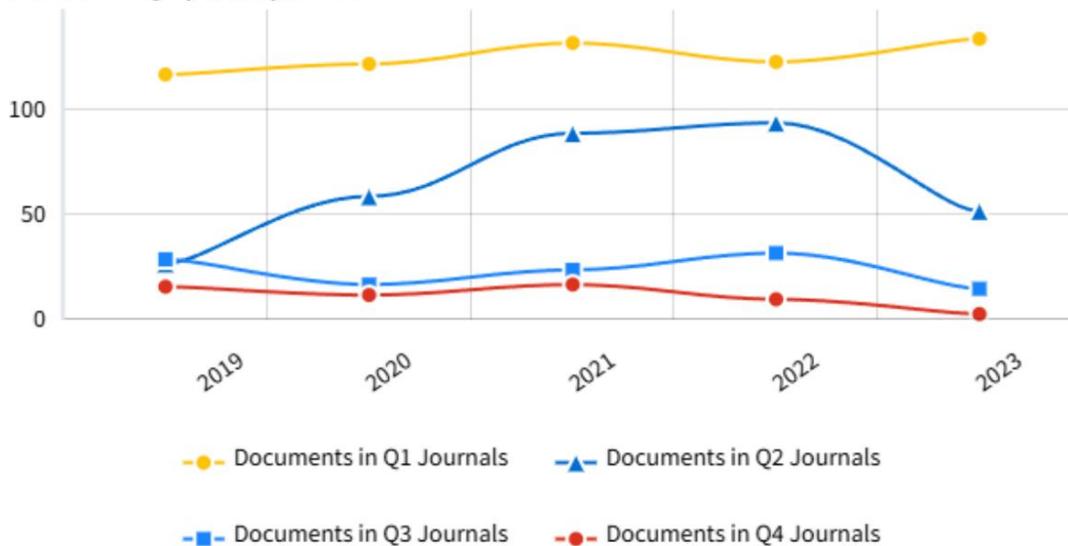


Fonte Web of Science Clarivate, Gennaio 2025



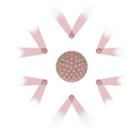
È in crescita anche la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dai nostri ricercatori. Infatti, dallo stesso report emerge che le riviste nel quartile Q1 (25% delle riviste che possiedono l'IF più alto) sono in crescita negli ultimi anni, mentre diminuiscono le pubblicazioni in Q2, Q3, e Q4.

Documents Published per JIF Quartile per Year How many documents have authors published in highly cited journals?

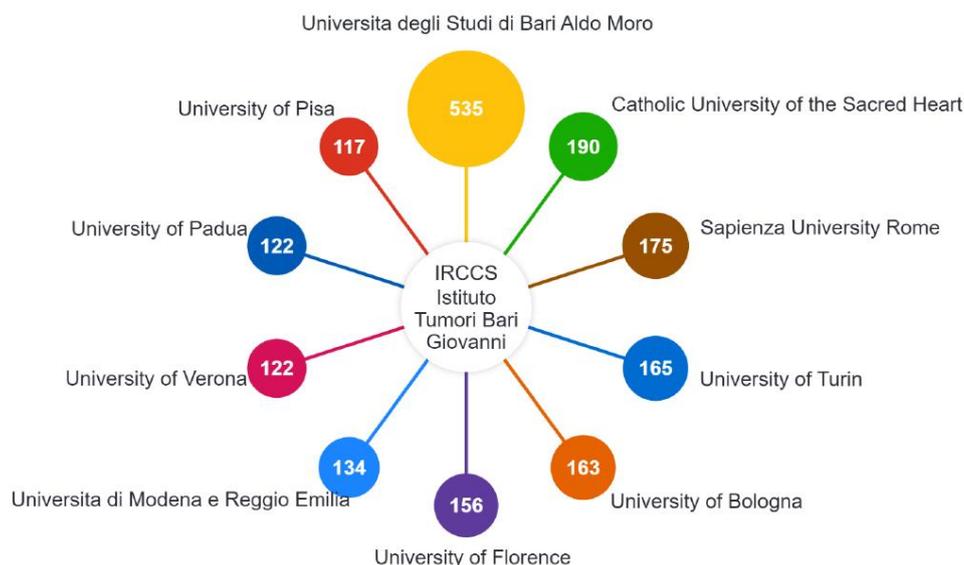


Fonte Web of Science Clarivate, Gennaio 2025

Per quanto attiene alla capacità di operare in rete con le organizzazioni accademiche emerge che nel 2024, oltre ad una forte e ormai consolidata collaborazione con la vicina Università degli Studi di Bari, sono state numerose le collaborazioni documentate da pubblicazioni scientifiche con l'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, la Sapienza di Roma, l'Università di Torino e con l'Università di Bologna.



Top Collaborating Academic Organizations Who are most frequent collaborating academic organizations?

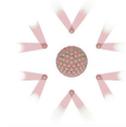


Fonte Web of Science Clarivate, Gennaio 2025

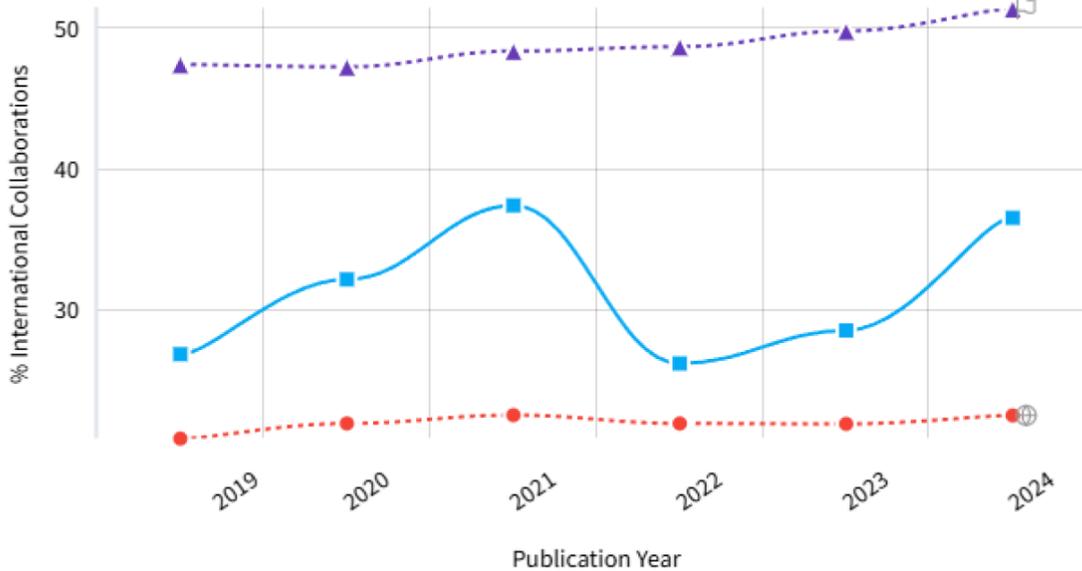
Per quanto attiene invece alle collaborazioni internazionali, sebbene da fonte Scopus la percentuale di tali collaborazioni sia inferiore alla media nazionale, il report di Web of Science mostra l'impegno dell'Istituto a una tendenziale ripresa di tali collaborazioni negli ultimi anni dopo il picco negativo del 2021.

Uno dei punti chiave della strategia della direzione scientifica per il prossimo triennio verte proprio sul potenziamento delle collaborazioni internazionali inserendo tale obiettivo nel sistema di valutazione delle performance delle diverse unità operative.

Entity	Field-Weighted Citation Impact	Output in Top 10%		
		Citation Percentiles (%)	International Collaboration (%)	National Collaboration (%)
ISTITUTO	1.64	20.9	33.7	61.2
Italy	1.43	14.9	50.1	26.5

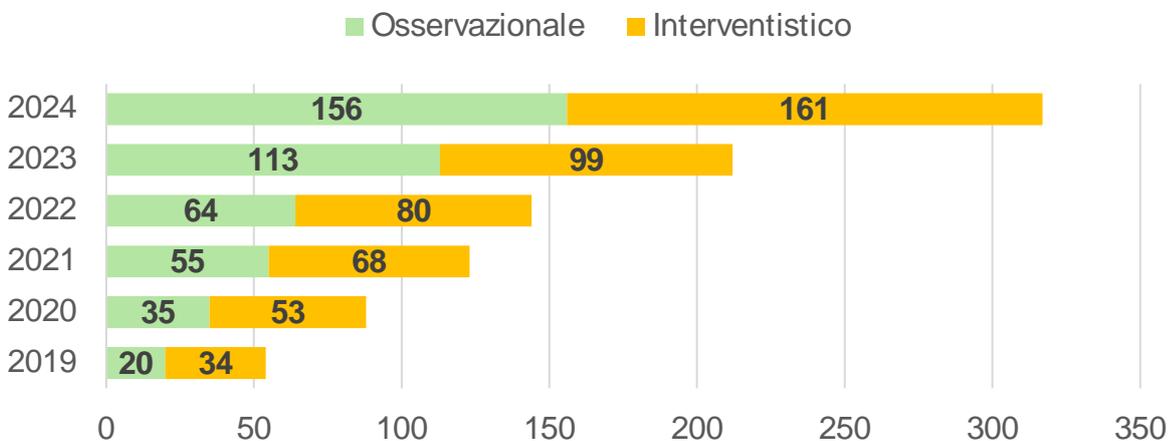


% International Collaborations per Year Are international collaborations more frequent than the global and country average?

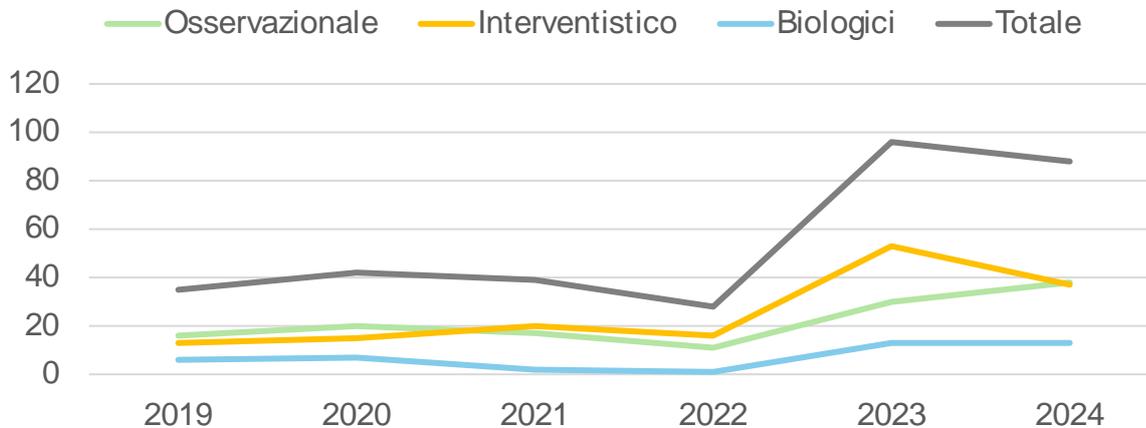
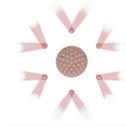


Fonte Web of Science Clarivate, Gennaio 2025

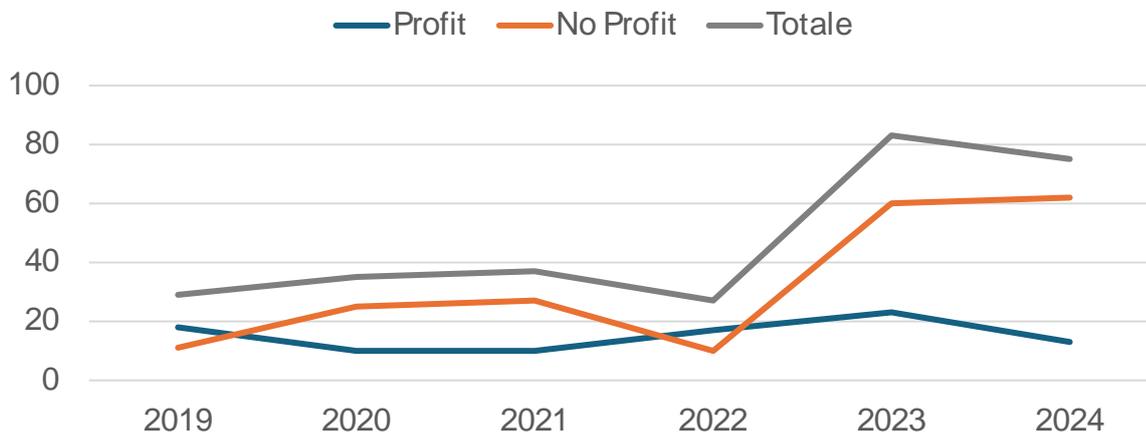
Il numero degli studi clinici attivi dal 2019 ad oggi, è in crescita costante.



In termini generali, il numero di studi attivati nel 2024 ha subito una leggera flessione dovuta ad una riduzione nel 2024 degli studi interventistici, a fronte di un aumento del numero degli studi osservazionali.



Analogamente, è in aumento il numero di studi No Profit attivati nel 2024.



Per l'anno 2025 obiettivo dell'Istituto è incrementare ulteriormente l'attività di ricerca; nel dettaglio:

- incrementare il numero di studi presentati al Comitato Etico rispetto all'annualità 2024;
- presentare almeno n. 1 trail clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore;
- presentare almeno n. 4 progetti a call di bandi competitivi nazionali;
- presentare almeno n. 11 a call di bandi competitivi internazionali;
- n. 2 pubblicazioni con collaborazioni internazionali;
- almeno n.6 pubblicazioni con collaborazioni nazionali.

2.2.2.9.1. Accrescimento delle funzioni del Grant Office

Tra le principali, come ovvio, vi è il potenziamento del Grant Office, il quale, oltre alle attuali funzioni di monitoraggio e divulgazione ai ricercatori dei bandi di finanziamento regionali/nazionali/internazionali specifici per la ricerca scientifica, dovrà rapidamente acquisire la capacità di svolgere ulteriori funzioni:



- esecuzione di audit strutturati sui trend evolutivi maggiormente promettenti della ricerca in ambito di prevenzione primaria e secondaria, diagnostica e terapia;
- individuazione, mediante specifici approfondimenti con i gruppi di ricerca dell'Istituto, attivi nelle varie discipline, di possibili strategie di avvicinamento ed inclusione nei gruppi di maggior "appeal" europeo ed internazionale della ricerca oncologica;
- monitoraggio sistematico dei siti e delle newsletter di divulgazione delle iniziative di ricerca UE e dei gruppi internazionali, ponendo particolare attenzione alle tematiche coerenti con le Linee di Ricerca dell'Istituto;
- predisposizione mirata di programmi di formazione e "workshop" per supportare i ricercatori dell'Istituto sia nella predisposizione di progetti per la partecipazione a bandi competitivi (prevalentemente in ambito europeo ed internazionale);
- monitoraggio dei bandi pubblicati/in via di pubblicazione che potrebbero risultare di interesse per l'Istituto;
- supporto ai ricercatori nella partecipazione a bandi competitivi sia attraverso la verifica preliminare e divulgazione semplificata dei requisiti di eleggibilità e delle procedure di presentazione delle domande e dei progetti veri e propri, sia attraverso il contributo redazionale, laddove i ricercatori ne manifestino il bisogno, eventualmente anche attraverso la rapida individuazione di soggetti esterni ausiliari o eleggibili a partner.

2.2.2.9.2. *Accrescimento delle funzioni del Trial Office*

L'Ufficio Trials Clinici, grazie alla riorganizzazione delle facility della Direzione Scientifica, con il potenziamento delle risorse amministrative/scientifiche per l'efficientamento delle procedure di approvazione degli studi clinici potrà accrescere le risorse finanziarie provenienti da tali sperimentazioni, sia mediante una più tempestiva partenza degli arruolamenti competitivi, sia mediante la contrattazione di idonei margini economici riconosciuti dalle CRO.

Le accresciute competenze del Trial Office ed il suo fondamentale contributo all'interno della nuova strutturazione del Clinical Trial Quality Team consentiranno di aumentare le chances di proposizione di sperimentazioni cliniche indipendenti da parte delle strutture cliniche.

Sarà altresì importante completare le competenze del Trial Office anche nei settori della sperimentazione di dispositivi medici e di dispositivi diagnostici in vitro.

Tra gli obiettivi specifici del Trial Office per il 2025 vi è altresì quello della revisione del Regolamento per le sperimentazioni.

2.2.2.9.3. *Potenziamento del Technology Transfer Office*

Altra importante struttura sia per il reperimento di risorse finanziarie provenienti dai privati ed in particolare dalla ricerca industriale, sia per la valorizzazione economica e lo sfruttamento commerciale dei risultati della ricerca dell'Istituto, è quella del Technology Transfer Office (TTO).

Allo stato attuale, l'Ufficio è in una fase di completa riorganizzazione; pertanto, nel corso del 2025 il TTO dovrà essere potenziato con le professionalità necessarie per lo svolgimento delle attività di competenza di tale ufficio.



2.2.2.9.4. Comunicazione e promozione della ricerca dell'Istituto

Un settore strategico di intervento è rappresentato dall'attività di comunicazione, condivisione e promozione delle attività e dei risultati della ricerca. Molteplici gli strumenti individuati:

- aggiornamento costante delle sezioni di pertinenza della ricerca sul sito istituzionale mantenendo i contenuti informativi relativi a: strutture attive in ricerca con il relativo personale, attività condotte, progetti attivi, pubblicazioni effettuate, finanziamenti conseguiti, collaborazioni nazionali ed internazionali attive per informare tutti gli "stakeholders" (pazienti, cittadini, imprese, comunità scientifica, ecc.) con la collaborazione dell'ufficio stampa;
- attivazione di nuovi - o implementazione sugli - account istituzionali "social" (es Fb, Twitter, LinkedIn) per la creazione e crescita di una community di specifica comunicazione di divulgazione e comunicazione scientifica dell'Istituto;
- rilancio e perfezionamento dell'iniziativa "Science Cafè", il journal club proposto dalla Direzione Scientifica per la discussione collegiale di problematiche di ricerca, risultati di progettualità e pubblicazioni di elevato impatto scientifico, periodicamente aperto all'esterno;
- redazione dello "Scientific Report" annuale come strumento di informazione all'esterno dei dati della ricerca prodotta dal nostro Istituto;
- organizzazione di eventi scientifici, meeting, congressi su varie tematiche di interesse oncologico e della Giornata della Ricerca per la divulgazione all'esterno delle attività e dei risultati della ricerca istituzionale.

2.3. Rischi corruttivi e trasparenza

I contenuti della presente sottosezione del PIAO analizzano le tematiche relative a prevenzione della corruzione e trasparenza.

2.3.1. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190 entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione".

La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.



Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino” (Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013.)

Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:

- a. un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall’ANAC;
- b. la legalità e lo sviluppo della cultura dell’integrità.

2.3.2. Anticorruzione e trasparenza come dimensioni del valore pubblico

Le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica definiscono il valore pubblico in senso stretto come *“il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un’amministrazione pubblica”*.

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce a una rinnovata sensibilità culturale in cui la *“prevenzione e la trasparenza”* devono essere intese non come oneri aggiuntivi all’agire quotidiano delle amministrazioni, ma come valore aggiunto nel migliorare il funzionamento dell’ente, con la conseguente miglioria del servizio ai cittadini e alle imprese.

Con il PNA 2022 la stessa ANAC ha ribadito che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione.

In quest’ottica, per la sua natura trasversale, la prevenzione della corruzione crea valore pubblico tramite tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell’ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l’azione amministrativa.

La stessa qualità delle pubbliche amministrazioni è obiettivo trasversale, premessa generale per un buon funzionamento delle politiche pubbliche.

Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico, anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull’attività dell’amministrazione in termini di utilità ed efficienza.

Al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con un’azione coordinata e sistemica, sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti:

- caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico per la valutazione d’impatto del contesto esterno;
- caratteristiche della struttura organizzativa interna e dei processi per la valutazione di impatto del contesto interno;
- mappatura dei processi con particolare riferimento a quelli finalizzati al raggiungimento/incremento del “valore pubblico”;



- analisi dei rischi corruttivi e programmazione delle misure di mitigazione;
- monitoraggio sull'attuazione e sull'efficacia delle misure applicate;
- programmazione delle misure della trasparenza amministrativa e dell'accessibilità.

Riprendendo quelli delineati nel precedente PIAO, gli obiettivi strategici per il triennio 2025-2027, nell'ambito della declinazione delle linee programmatiche di indirizzo generale, laddove non completamente realizzati, sono stati considerati ancora strategici e, quindi, riproposti.

Nel dettaglio:

- a. rafforzamento delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e dei progetti PNRR/PNC;
- b. aggiornamento della regolamentazione interna con particolare riferimento al Codice di comportamento, nonché quello relativo alle Sperimentazioni;
- c. incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- d. miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente;
- e. incremento della digitalizzazione dei processi interni e gestione dei flussi con la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP di ANAC);
- f. individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- g. incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per tutto il personale dipendente;
- h. miglioramento del ciclo della *performance* in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- i. integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione del PIAO e sistemi di controllo di gestione.

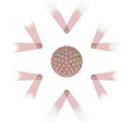
2.3.3. Procedimento di elaborazione e adozione

All'elaborazione della presente sezione del PIAO hanno contribuito, in modo particolare, i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali, in quanto detentori della necessaria conoscenza dei processi decisionali e dei relativi rischi corruttivi, e quindi:

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

Gli *step* del processo di elaborazione e adozione del piano sono i seguenti:

- formulazione da parte dei Responsabili delle macro-articolazioni aziendali di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure



ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i.;

- consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento degli stakeholder, mediante avviso pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto, nella Sezione "Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Prevenzione della corruzione" al link <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/piao2>;
- preventiva condivisione degli obiettivi contenuti in sede di riunione dei Comitato di Dipartimento di Staff e Aree Amministrative;
- predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO da parte del RPCT al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO.

2.3.4. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

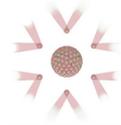
Diversificata, e con ruoli diversi, è la platea dei soggetti che contribuiscono al contrasto della corruzione e all'applicazione della Trasparenza da parte dell'Istituto.

Di seguito vengono esposte le figure e, sommariamente, i rispettivi ruoli.

DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è il primo soggetto preposto ad attuare azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione ed attuazione della Trasparenza, procedendo:

- alla nomina, con un apposito atto deliberativo, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012) ed il Responsabile della Trasparenza (art. 43, Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013);
- ad adottare, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ovvero la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO), nonché i suoi eventuali aggiornamenti;
- ad indicare gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- a definire 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;
- ad assicurare 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;



- a decidere in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

Nella Legge n. 190 del 6 novembre 2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

In particolare, il RPCT svolge attività di:

- controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalazione dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio provvedimenti disciplinari (articolo 43 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013);
- elaborazione e proposizione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, al Direttore Generale, per la successiva adozione con apposito atto deliberativo;
- controllo della regolare attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

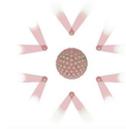
I componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001).

REFERENTI INTERNI

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

- attività informativa nei confronti del Responsabile RPCT;



- partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, impegnandosi al monitoraggio di I livello (autovalutazione);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- partecipano alle attività formative obbligatorie previste nel Piano formativo anticorruzione e/o proposte dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 *bis*, comma 4° del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, è costituito quale Ufficio autonomo.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 439 del 7 settembre 2021 è stata rinnovata la composizione dei componenti attraverso la designazione del Presidente e dei suoi appartenenti.

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

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

- svolge procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alla comunicazione obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria;
- propone un aggiornamento del Codice di comportamento.

DIPENDENTI E COLLABORATORI

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

Tutti i dipendenti dell'Istituto rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

In particolare, i dipendenti:

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

Pertanto, tutte le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste e adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti.



La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 comma 14,1 della Legge 190/2012.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione della corruzione previste nel presente Piano e segnalare le situazioni di illecito nei modi previsti dalla normativa vigente.

CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA

Il Consiglio di indirizzo e verifica (CIV) annovera tra i suoi compiti istituzionale, tra gli altri, quelli di seguito elencati:

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

COMITATO ETICO

Con Delibera del Direttore Generale n. 244 del 9 aprile 2024 è stato adottato il Regolamento Comitato Etico Locale per la Sperimentazione Clinica "Gabriella Serio" (CEL) con sede presso il nostro Istituto.

Il CEL è stato istituito ai sensi della vigente normativa in tema di Comitati Etici con Delibera di Giunta Regionale Pugliese n. 712 del 22 maggio 2023 e sua rettifica n. 806 del 12 giugno 2023, ed ha competenza su tutte le Aziende Sanitarie e IRCCS territorialmente presenti nelle province di Bari, Brindisi, Lecce e Taranto a far data dal 7 giugno 2023.

L'indipendenza del CEL è garantita:

- dalla mancanza di subordinazione gerarchica del CEL nei confronti della struttura ove esso opera;



- dalla presenza di componenti esterni alle strutture per le quali opera il CEL;
- dall'estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di cointeressenze di tipo economico tra i membri del CEL e le aziende del settore interessato.

COLLEGIO SINDACALE

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

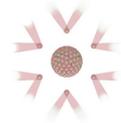
Nella riunione di insediamento, si procede a verificare che i sindaci siano in possesso dei requisiti professionali previsti dalla legge, nonché ad accertare l'inesistenza di eventuali incompatibilità o possibili situazioni potenzialmente rilevanti per la valutazione dei profili di indipendenza.

L'Istituto ha provveduto alla nomina del nuovo Collegio Sindacale con Delibera del Direttore Generale n. 383 del 2 agosto 2022.

COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione svolge i seguenti compiti:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Istituto, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore Generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Istituto, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- esprime parere obbligatorio sull'Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;
- esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.



L'Istituto, con Delibera del Direttore Generale n. 572 del 13 novembre 2014 ha preso atto dei contenuti della Legge Regionale 17 ottobre 2014, n. 43 *“Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1 quater e 17 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.”* addivenendo alla:

- composizione del Collegio di Direzione dell'Istituto;
- definizione delle Competenze ed al funzionamento del Collegio di Direzione.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1012 del 3 dicembre 2019 si è provveduto ad integrare la composizione del Collegio di Direzione con la figura del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) al fine di un idoneo coordinamento e controllo dei flussi informativi nonché della conoscenza specifica dei processi aziendali e dei rischi correlati al trattamento di dati personali.

2.3.5. Valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare in che misura e con quali modalità le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Ente opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

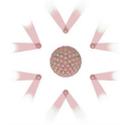
L'Istituto, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua *mission*, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti. In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento,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

Per l'analisi del contesto esterno si è tenuto conto in particolare delle informazioni relative a:

- contesto socio-economico;
- criticità rilevate attraverso accadimenti interni ed esterni;
- criticità rilevate attraverso le attività di monitoraggio;
- presenza di criminalità organizzata e fenomeni di infiltrazioni mafiose;
- presenza di reati di riciclaggio, concussione, corruzione e peculato.

Per delineare nella maniera più analitica il contesto della Provincia di Bari sono stati presi a base, tra gli altri, gli esiti dell'indagine annuale *della Qualità della vita - edizione 2024* (<https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/>) elaborata dalla testata giornalistica *del Sole 24 Ore*, che, quest'anno, ha preso quelli dell'anno 2023 in riferimento a 90 indicatori, suddivisi in sei macrocategorie tematiche (ciascuna composta da 15 indicatori): ricchezza e consumi; affari e lavoro; ambiente e servizi; demografia, società e salute; giustizia e sicurezza; cultura e tempo libero, consultabile al seguente *link* <https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/>.

Nelle seguenti tabelle, distintamente per le citate macroaree, sono riportate le risultanze dell'attività di ricerca svolta, con a fianco la posizione occupata dalla Provincia di Bari in ambito nazionale (in seno alle 107 provincie italiane prese a base dallo studio).



Classifica finale 2024

RANK
65°

VAR.2024/2023
+4▲

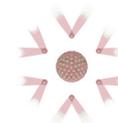
MEDAGLIE
0 0 0

INDICATORE	107°	1°	RANK	VAR.'23/'22	MEDAGLIE		
> Ricchezza e consumi			89°	-19▼	0	0	0
> Affari e lavoro			68°	-5▼	0	0	0
> Giustizia e sicurezza			89°	-4▼	0	0	0
> Demografia e società			45°	-17▼	0	0	0
> Ambiente e servizi			54°	+20▲	0	0	0
> Cultura e tempo libero			40°	+23▲	0	0	0

Ricchezza e consumi

Posizione nazionale
65°

Canoni medi di locazione	Posizione nazionale 86°
Incidenza % sul reddito medio disponibile pro capite	Posizione nazionale 92°
Mensilità di stipendio per comprare casa Per 60 mq in zona semi centrale su retribuzione media da lavoro dipendente	Posizione nazionale 60°
Pagamenti delle fatture entro i 30 giorni Fatture commerciali ai fornitori pagate entro la scadenza.	Posizione nazionale 70°
Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti - totale Euro	Posizione nazionale 22°
Trend del Pil pro capite Var % annua	Posizione nazionale 63°
Disuguaglianza del reddito netto Rapporto ultimo quintile/primo quintile	Posizione nazionale 83°
Pensionati con reddito pensionistico di basso importo Valori percentuali	Posizione nazionale 73°
Valore aggiunto per abitante Migliaia di euro a valori correnti	Posizione nazionale 76°
Depositi bancari delle famiglie consumatrici In migliaia euro pro capite	Posizione nazionale 77°
Spesa delle famiglie per il consumo di beni durevoli In euro all'anno	Posizione nazionale 69°
Famiglie con Isee basso Isee < 7mila euro - In % sul totale dei nuclei con Isee	Posizione nazionale 67°
Riqualficazioni energetiche Euro per abitante	Posizione nazionale 100°
Protesti pro capite In euro all'anno	Posizione nazionale 61°
Inflazione indice generale in %	Posizione nazionale 86°
Inflazione prodotti alimentari e bevande non alcoliche in %	



Affari e lavoro

POSIZIONE NAZIONALE

	68°
Numero di ore cig autorizzate	Posizione nazionale
Ore medie per impresa registrata	75°
Presenze turistiche	Posizione nazionale
Per kmq	58°
Tasso di infortuni sul lavoro mortali e con inabilità permanente Totale	Posizione nazionale
Per 10mila occupati	73°
Trend delle presenze turistiche	Posizione nazionale
Var % annua	49°
Imprese sociali	Posizione nazionale
Ogni 10mila abitanti	37°
Tasso di mancata partecipazione al lavoro	Posizione nazionale
In %	74°
Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni)	Posizione nazionale
Valori percentuali	50°
Startup innovative	Posizione nazionale
Ogni mille società di capitale	27°
Nuove iscrizioni	Posizione nazionale
Ogni 100 imprese registrate	42°
Cessazioni	Posizione nazionale
Ogni 100 imprese registrate	22°
Imprese in fallimento	Posizione nazionale
Ogni 100 imprese registrate	97°
Tasso di occupazione	Posizione nazionale
In % (20-64 anni)	77°
Gender pay gap	Posizione nazionale
Diff. % retribuzione media annua rispetto ai maschi	75°
Quota di export sul Pil	Posizione nazionale
Rapporto % tra esportazioni di beni verso l'estero e valore aggiunto	75°
Numero pensioni di vecchiaia	Posizione nazionale
Numero pensionati ogni 1000 abitanti	16°



Demografia e società

POSIZIONE NAZIONALE

	45°
Indice di dipendenza anziani	Posizione nazionale
rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni)	26°
Consumo di farmaci per depressione	Posizione nazionale
Pillole	20°
Quoziente di mortalità	Posizione nazionale
Standardizzato per 10mila abitanti	24°
Tasso di fecondità	Posizione nazionale
somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni)	40°
Età media al parto	Posizione nazionale
l'età media al parto delle madri espressa in anni e decimi di anno, calcolata considerando i soli nati vivi	87°
Saldo migratorio totale	Posizione nazionale
differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza	85°
Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione	Posizione nazionale
Analfabeti, senza titolo di studio, con licenza elementare o media. In %	84°
Qualità della vita delle donne	Posizione nazionale
Indice sintetico su 12 parametri	83°
Mortalità evitabile (0-74 anni)	Posizione nazionale
Tassi standardizzati per 10.000 residenti	76°
Medici specialisti	Posizione nazionale
Per 10mila abitanti	20°
Emigrazione ospedaliera	Posizione nazionale
Dimissioni di residenti avvenute in altra regione in %	47°
Speranza di vita alla nascita	Posizione nazionale
Numero medio di anni	46°
Immigrati regolari residenti	Posizione nazionale
In percentuale sulla popolazione residente	96°
Indice della solitudine	Posizione nazionale
Persone sole in % sul totale dei nuclei	3°
Iscritti all'Aire	Posizione nazionale
Per provincia di iscrizione in % su popolazione	46°

Ambiente e servizi

POSIZIONE NAZIONALE

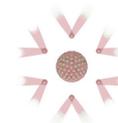
	54°
Densità di tutti gli impianti fotovoltaici	Posizione nazionale
Numero per 10 Km ² nei comuni capoluogo	11°
Indice di fragilità urbana	Posizione nazionale
Superficie con indice di fragilità >=8 (1:10), in % sul totale	40°
Raccolta differenziata	Posizione nazionale
In percentuale	96°
Comuni con servizi per le famiglie interamente online	Posizione nazionale
Valori percentuali	16°
Ecosistema urbano	Posizione nazionale
Indice sintetico su 18 parametri	90°
Qualità della vita dei bambini, giovani e anziani	Posizione nazionale
Indice sintetico su 36 parametri (12 per generazione)	79°
Irregolarità del servizio elettrico	Posizione nazionale
Numero medio per utente	73°
Rischio alluvione	Posizione nazionale
Popolazione in aree a pericolosità idraulica elevata	27°
Concentrazione media annua di PM10	Posizione nazionale
Microgrammi per m ³	32°
Efficienza delle reti di distribuzione dell'acqua potabile	Posizione nazionale
In %	66°
Posti-km offerti dal Tpl	Posizione nazionale
Valori per abitante	30°
Rischio frana	Posizione nazionale
Popolazione in aree a pericolosità da frana elevata e molto elevata	17°
Tasso di motorizzazione	Posizione nazionale
Auto in circolazione ogni 100 abitanti	9°
Energia elettrica da fonti rinnovabili	Posizione nazionale
Incidenza eolico, fotovoltaico, geotermico e idrico, in % su produzione lorda	69°
Illuminazione pubblica sostenibile	Posizione nazionale
Punti luce a led, in % sul totale nel comune capoluogo	70°



Cultura e tempo libero

POSIZIONE NAZIONALE

	40°
Bar, cinema e ristoranti (esclusa la ristorazione mobile)	Posizione nazionale
Ogni 100mila abitanti	77°
Indice di accessibilità ai servizi essenziali	Posizione nazionale
Tempo medio di percorrenza stradale per raggiungere il primo polo (in minuti)	21°
Partecipazione elettorale	Posizione nazionale
Valori percentuali	66°
Amministrazioni digitali	Posizione nazionale
Tra i parametri: digitalizzazione attività amministrativa, siti web istituzionali, servizi online e su piattaforme nazionali	59°
Copertura alla rete Gigabit	Posizione nazionale
% famiglie coperte (FTTH)	17°
Aree protette	Posizione nazionale
In %	15°
Palestre, piscine, centri per il benessere e stabilimenti termali	Posizione nazionale
Ogni 10mila abitanti	71°
Spettatori - ingressi agli spettacoli	Posizione nazionale
Spettatori medi per spettacolo spettacoli	79°
Spesa dei Comuni per la cultura	Posizione nazionale
In euro pro capite per alcuni capitoli	54°
Offerta culturale	Posizione nazionale
Spettacoli ogni mille abitanti	14°
Librerie	Posizione nazionale
Ogni 100mila abitanti	56°
Indice di lettura	Posizione nazionale
Copie ogni 100 abitanti	79°
Indice di Sportività	Posizione nazionale
Media dei punteggi in base a 36 parametri	60°
Indice del clima	Posizione nazionale
Media dei punteggi in base a 10 parametri climatici	1°
Amministratori comunali con meno di 40 anni	Posizione nazionale
In % sul totale	84°



Giustizia e sicurezza	POSIZIONE NAZIONALE
	89°
Durata media dei procedimenti civili	Posizione nazionale
In giorni	98°
Omicidi volontari	Posizione nazionale
Per 100.000 abitanti	52°
Indice di rotazione delle cause	Posizione nazionale
Procedimenti definiti su nuovi iscritti	34°
Altri delitti mortali denunciati	Posizione nazionale
Per 100.000 abitanti	70°
Mortalità stradale in ambito extraurbano	Posizione nazionale
Valori percentuali	41°
Truffe e frodi informatiche	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	37°
Indice di criminalità - totale dei delitti denunciati	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	65°
Furti con destrezza	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	53°
Furti di autovetture	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	102°
Furti con strappo	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	76°
Rapine in pubblica via	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	78°
Reati legati agli stupefacenti (spaccio, produzione, ecc.)	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	8°
Riciclaggio e impiego di denaro	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	79°
Incendi	Posizione nazionale
Denunce ogni 100mila abitanti	81°
Indice di litigiosità	Posizione nazionale
Cause civili iscritte ogni 100mila abitanti	74°

Soccorre, nell'analisi sulla giustizia e sicurezza, anche la puntuale relazione che – semestralmente – il Ministro degli Interni presenta al Parlamento e relativa alle attività svolte e risultati conseguiti dalla D.I.A. (Direzione Investigativa Antimafia) su tutto il territorio nazionale, illustrato per singola Regione e Provincia. –

Relazioni pubbliche

A tale proposito l'ultima Relazione disponibile, relativa al primo semestre dell'anno 2023, della quale si riportano alcuni stralci, evidenzia che per la:

a. REGIONE PUGLIA:

*“Il controllo del territorio si conferma elemento imprescindibile dei sodalizi mafiosi pugliesi, poiché fonte di crescita e sostentamento, assicurato con **estorsioni, furti e rapine** perpetrate in taluni casi anche da minorenni.*

Alle alleanze storiche con altre organizzazioni criminali anche straniere si affianca una costante tendenza all'espansione dei territori controllati dai clan, anche al di fuori degli ambiti regionali.

*La criminalità organizzata pugliese ha sviluppato nel tempo un'attitudine ad agire in contesti economici rilevanti **inquinando l'economia legale mediante il riciclaggio di proventi illeciti.***

Tra i risultati più incisivi e significativi della costante pressione dell'azione di contrasto da parte delle Istituzioni, vi è certamente l'incremento del numero di collaboratori di giustizia, fenomeno che ha riguardato prevalentemente le compagini baresi.



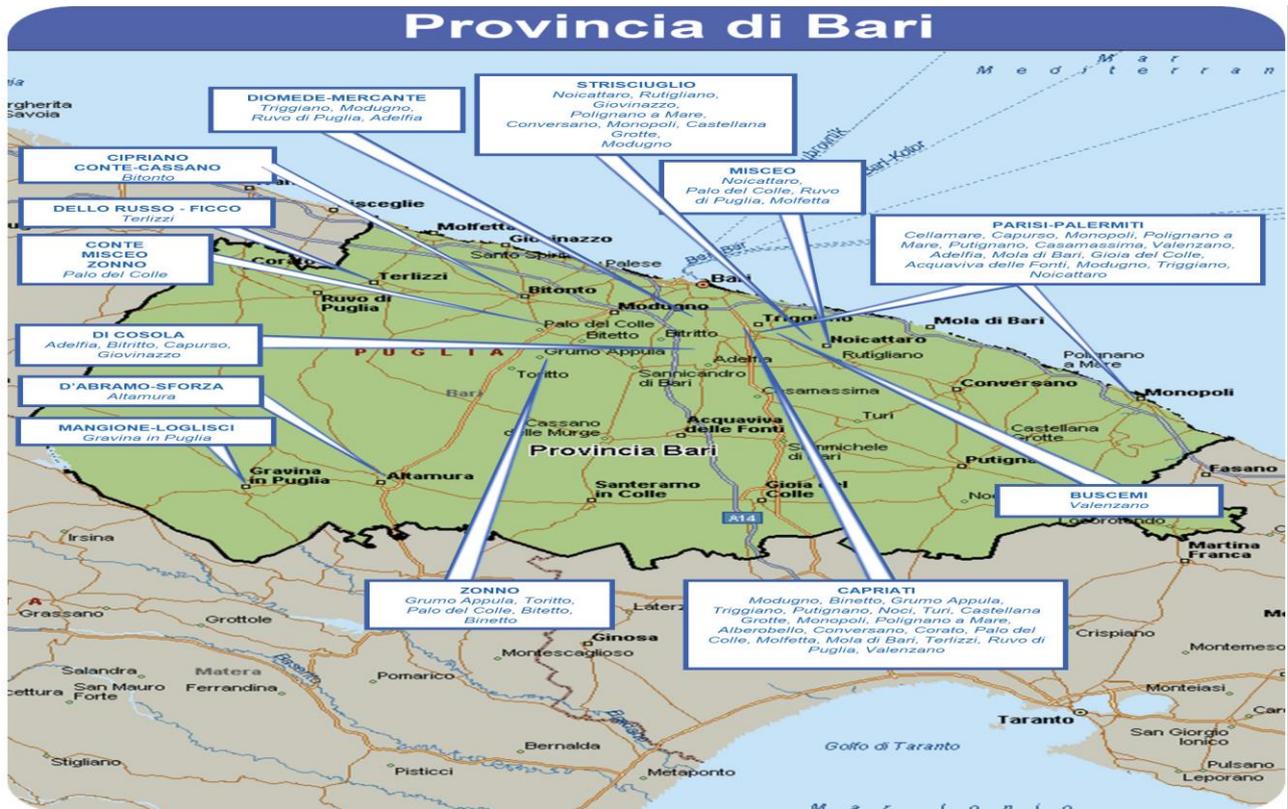
Il contesto criminale pugliese permane tuttora instabile anche a causa di continue spaccature interne. Infatti, in continuità con i gravi episodi evidenziati nel semestre scorso, nel periodo in esame si sono registrati molteplici agguati avvenuti in ordine sparso in quasi tutta l'area metropolitana di Bari, nel Foggiano, nella provincia di Lecce e di Taranto, a conferma che la lotta per il controllo del territorio si dirama in tutta l'area regionale.

b. CITTÀ METROPOLITANA E PROVINCIA DI BARI

Sotto il profilo criminale, si possono attualmente considerare presenti nella città metropolitana di Bari 4 clan egemoni, per lo più corrispondenti ad altrettante famiglie mafiose storicamente radicate nel capoluogo pugliese.

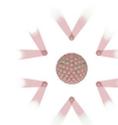


Le maggiori organizzazioni criminali della Città Metropolitana di Bari estendono la loro sfera di influenza nella provincia servendosi di fidati referenti ovvero ricorrendo all'affiliazione di soggetti apicali appartenenti a gruppi delinquenziali di stanza nei singoli comuni, di seguito individuati.



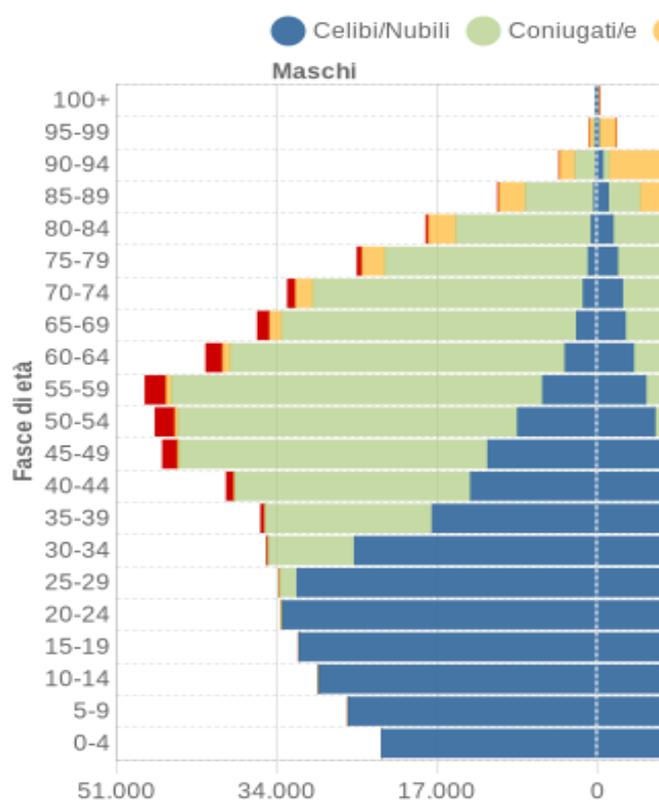
L'Istituto, sulla base dello scenario esterno sopra delineato, ha maturato la consapevolezza della presenza di fattori di rischio, ed intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione ai rischi corruttivi con particolare riferimento alla gestione dei progetti PNRR.

Inoltre, l'analisi sommaria dei profili demografici, relativamente alla distribuzione della popolazione 2023 - città metropolitana di Bari, come da seguenti prospetti conferma un *trend* che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in aumento, e degli altri indicatori sopra riportati determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Istituto e sono considerati come "*fattori abilitanti*" di contesto certamente da non sottovalutare, nell'ambito delle decisioni strategiche aziendali.



Età	Maschi	Femmine	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Totale
0-4	22.844 51,5%	21.475 48,5%	44.319	0	0	0	44.319 3,6%
5-9	26.371 51,6%	24.753 48,4%	51.124	0	0	0	51.124 4,2%
10-14	29.498 51,4%	27.901 48,6%	57.399	0	0	0	57.399 4,7%
15-19	31.604 51,4%	29.904 48,6%	61.491	17	0	0	61.508 5,0%
20-24	33.492 51,6%	31.373 48,4%	64.112	748	0	5	64.865 5,3%
25-29	33.698 51,4%	31.858 48,6%	58.983	6.491	4	78	65.556 5,4%
30-34	35.063 50,5%	34.306 49,5%	44.829	24.102	41	397	69.369 5,7%
35-39	35.645 50,0%	35.590 50,0%	29.231	40.658	142	1.204	71.235 5,8%
40-44	39.307 49,2%	40.521 50,8%	22.350	54.829	398	2.251	79.828 6,5%
45-49	46.083 49,0%	48.054 51,0%	19.435	69.888	816	3.998	94.137 7,7%
50-54	46.876 48,9%	48.905 51,1%	14.585	74.718	1.613	4.865	95.781 7,8%

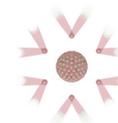
55-59	47.939 48,5%	50.908 51,5%	10.941	79.906	3.026	4.974	98.847 8,1%
60-64	41.481 47,9%	45.083 52,1%	7.237	70.659	4.665	4.003	86.564 7,1%
65-69	36.002 47,5%	39.856 52,5%	5.157	60.758	7.055	2.888	75.858 6,2%
70-74	32.804 47,2%	36.715 52,8%	4.155	53.096	10.207	2.061	69.519 5,7%
75-79	25.409 45,6%	30.297 54,4%	3.074	38.080	13.361	1.191	55.706 4,5%
80-84	18.099 43,4%	23.646 56,6%	2.283	23.306	15.520	636	41.745 3,4%
85-89	10.477 39,2%	16.237 60,8%	1.502	10.696	14.252	264	26.714 2,2%
90-94	3.946 33,6%	7.807 66,4%	752	2.851	8.077	73	11.753 1,0%
95-99	754 26,4%	2.099 73,6%	239	374	2.220	20	2.853 0,2%
100+	73 19,8%	295 80,2%	31	30	306	1	368 0,0%
Totale	597.465 48,8%	627.583 51,2%	503.229	611.207	81.703	28.909	1.225.048 100%



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021
CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio

Per quanto attiene, invece, alla matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) di eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto e dell'incidenza degli interessi degli *stakeholder* a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali, si evidenziano le seguenti valutazioni:

STAKEHOLDER DI INPUT



Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza esogene	variabili	Impatto	Probabilità	Rischio finale
PROGRAMMAZIONE	<u>Soggetti pubblici</u> ARESS Agenas Ministero della Salute MEF Università Enti di Ricerca Comunità scientifica Regione <u>Soggetti privati</u> Associazioni di categoria	Sociali ed economiche		Alto	Bassa	
FINANZIAMENTO	<u>Soggetti pubblici</u> Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici <u>Soggetti privati</u> Aziende Cittadini Sponsor Case farmaceutiche	Sociali ed economiche		Alto	Bassa	
SERVIZI PRESTAZIONI	<u>Soggetti pubblici</u> Aziende di Servizi alla Persona Società controllate <u>Soggetti privati</u> Operatori economici Strutture convenzionate	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche		Alto	Alta	
STAKEHOLDER DI OUTPUT						
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza esogene	variabili	Impatto	Probabilità	Rischio finale
INTERESSI SOCIALI ED ISTITUZIONALI	<u>Attori sociali</u> Cittadini Regione "Assessorato Salute" Network regionali Ministero della Salute Università Enti di Ricerca Comunità scientifica ARPA Puglia Comuni Istituti scolastici Associazioni volontariato Organizzazioni sindacali Tribunale diritti del malato FIASO Federfarma Ordini professionali	Sociali ed economiche		Alto	Bassa	



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

Di seguito la matrice di analisi *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) utile per la pianificazione strategica finalizzata ad esaminare le principali forze (S), debolezze (W), opportunità (O) e minacce (T) emerse dall'analisi del contesto in cui opera l'Istituto.

Punti di forza	Punti di debolezza
Potenziamento infrastrutture tecnologiche e informatizzazione processi	Elevate liste di attesa
Potenziamento quali-quantitativo del personale Potenziamento del C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico)	Indisponibilità di spazi necessari ad ospitare ambulatori di tipo chirurgico
Riallocazione strutturale delle attività amministrative, gestionali ed assistenziali	Frammentazione della distribuzione degli ambulatori medici e degli ambulatori e delle sale di infusione
Opportunità	Minacce
Sblocco delle assunzioni	Vincoli di finanza pubblica/Eccessiva burocratizzazione e conseguente dilatazione dei tempi delle procedure di assunzione
Utilizzo dei fondi PNRR (Missione 6 "Salute") e FESR	Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale/proiezione in aumento delle patologie oncologiche legate al consolidamento di cattivi stili di vita

2.3.6. Valutazione d'impatto del contesto interno

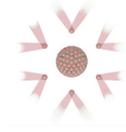
L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'organizzazione e della gestione operativa dell'Ente che influenza la struttura del rischio corruzione.

Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

Per i dettagli si rinvia alla sezione *"Organizzazione e Capitale umano"*.

L'Istituto intende rafforzare i presidi anticorrittivi, con particolare riferimento ai progetti PNRR/PNC al fine di scongiurare ogni eventuale evento corrittivo.

2.3.7. Mappatura processi



Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190 del 6 novembre 2012 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, l'Istituto ha proceduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo.

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2024, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'aggiornamento dell'analisi del rischio.

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

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

A. *Acquisizione e progressione del personale*

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

B. *Affidamento di lavori, servizi e forniture*

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

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

D. *Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.*



Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

1. Contratti pubblici;
2. Incarichi e nomine;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati mappati ed analizzati i processi aziendali dettagliatamente riepilogati nell'allegato 1 "analisi dei rischi".

Per dettagli si rinvia al documento allegato *PIAO_2025-2027_c) Analisi dei rischi*.

2.3.8. Valutazione del rischio

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

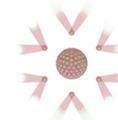
La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione della probabilità che il rischio si verifichi, riducendo altresì l'impatto sia per l'organizzazione che per lo stakeholder.

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

I risultati sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio, concretamente applicate dai Dirigenti delle Strutture interne aziendali, sono illustrati nel documento in allegato (*PIAO_2025-2027_e) Stato attuazione misure*).

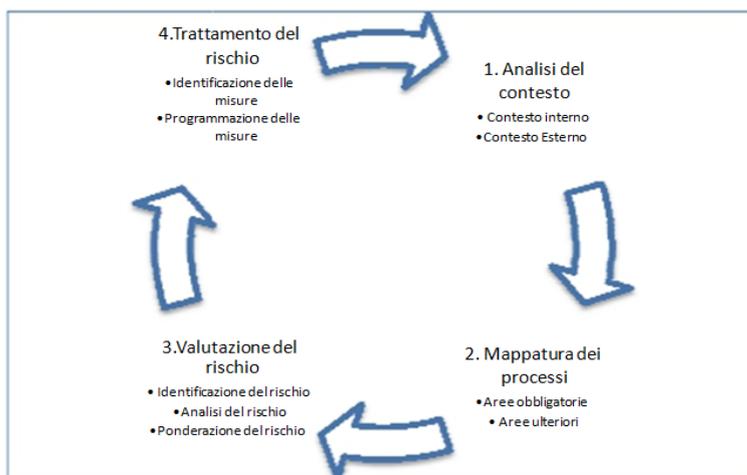
L'intero processo di gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione e alla trasparenza, in un'ottica di realizzazione di un processo concreto di miglioramento continuo dell'attività dell'Istituto e non un mero aspetto burocratico;
- è parte integrante del processo decisionale;
- è un processo che si integra con processi di programmazione e gestione, il particolare con il Ciclo di Gestione delle Performance. Infatti, gli obiettivi individuati nel Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i Responsabili delle Unità Organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e i relativi indicatori, sono collegati agli obiettivi da inserire nel Piano delle Performance. Ne consegue che, l'attuazione delle misure previste nel presente Piano è uno degli elementi di valutazione del personale Dirigente e del personale non dirigenziale;



- è un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- è un processo che implica l'assunzione di responsabilità. Il processo di gestione del rischio è un processo di analisi, diagnosi e trattamento che richiede un'attenta valutazione degli organi di indirizzo, dei dirigenti e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- è un processo che tiene conto di uno specifico contesto interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- è ispirato al criterio della prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio di corruzione, basato sulla valutazione riferito alle eventuali disfunzioni organizzative e non sulla qualità dei singoli individui.

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



Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di "probabilità" e "impatto", prendendo in considerazione i fattori abilitanti e moltiplicando i relativi fattori determinati dalla media della somma degli indici di valutazione della probabilità per la media della somma degli indici di valutazione dell'impatto, analisi riportata nell'allegato "PIAO_2025-2027_c) Analisi dei rischi".

Nel corso del triennio 2025-2027 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio in linea con il nuovo Piano Anticorruzione Nazionale (PNA 2022 con aggiornamento 2023).

Ciascun Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (PIAO_2025-2027_e) Stato attuazione misure).

Nella individuazione delle aree a rischio si è tenuto conto delle "Area di rischio obbligatorie" di cui all'art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, nonché delle "Aree Generali" e delle "Aree di rischio specifiche" individuate nel PNA.



Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 e nel nuovo PNA 2022, privilegiando un'analisi di tipo "ibrido" quali-quantitativo. Sono stati individuati i seguenti principali criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

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

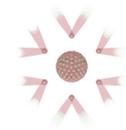
Con la metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i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

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

- *PIAO_2025-2027_c) Analisi dei rischi*
- *PIAO_2025-2027_d) Priorità trattamento rischi*
- *PIAO_2025-2027_e) Stato attuazione misure*

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

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

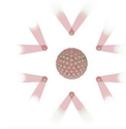


Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L'Istituto deve adottare misure ulteriori di mitigazione.
-------------	--

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di *"rischio residuo"*, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'amministrazione valutandone l'idoneità e l'effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

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

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



3. Sezione Organizzazione e Capitale umano

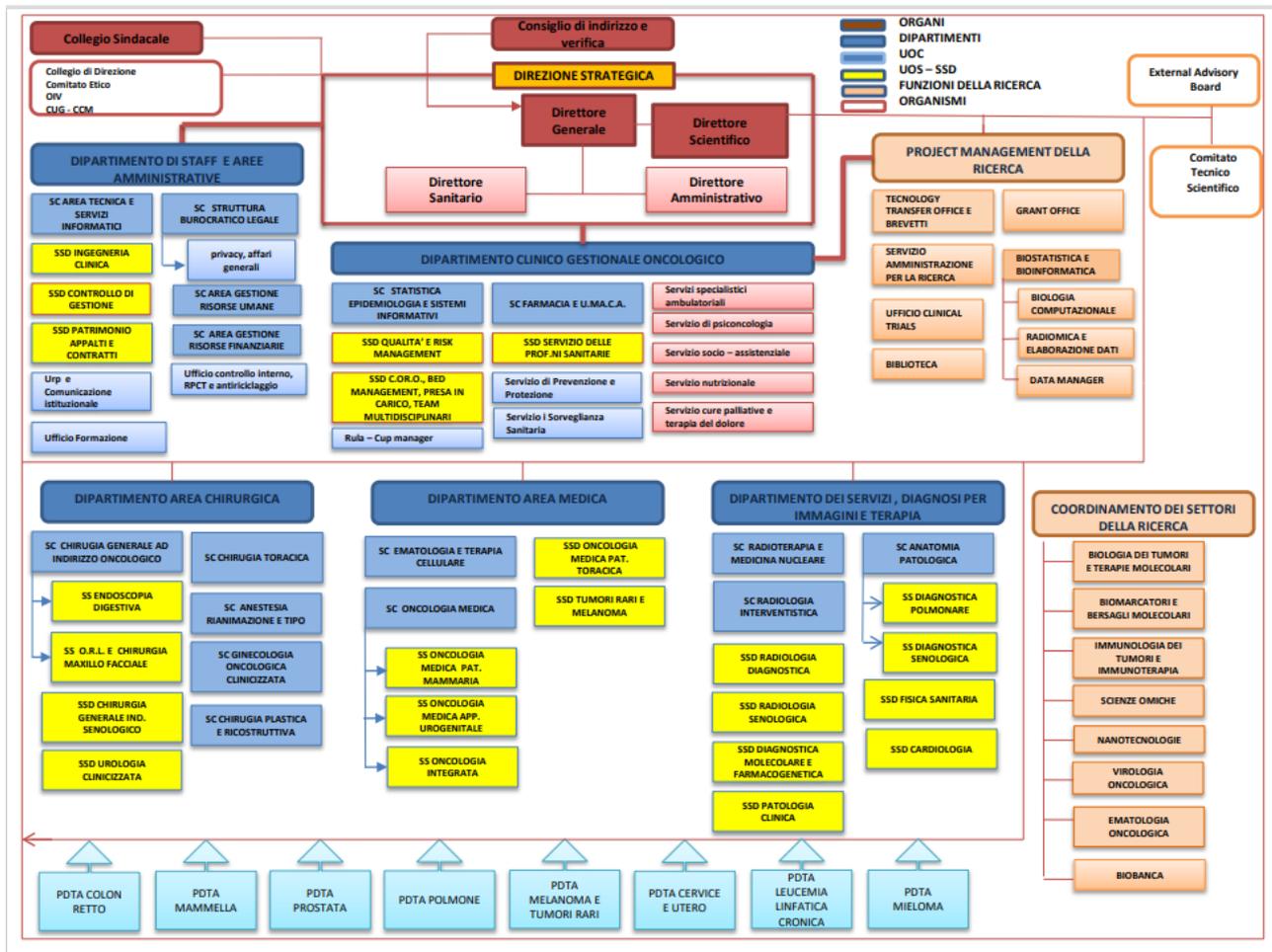
3.1. Struttura Organizzativa

La struttura organizzativa definisce le unità organizzative e le relazioni gerarchiche e funzionali tra le stesse e si ispira a criteri di responsabilizzazione, di autonomia e delega.

Sulla base di tali criteri l'Istituto sviluppa l'aggregazione di strutture omogenee e la valorizzazione delle specializzazioni.

Con Delibera del Direttore Generale n. 323 del 31 marzo 2023, in ossequio all'intervento di riordino disposto dal Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, è stato adottato il provvedimento avente ad oggetto *"Adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'Istituto ed Approvazione del Codice di Condotta e del Codice di Condotta per l'Integrità della Ricerca"* approvato dal Ministero della Salute con nota acclarata al protocollo generale n. 11832 del 17 maggio 2023 e dalla Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 825 del 12 giugno 2023.

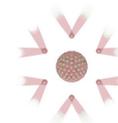
Con Delibera del Direttore Generale n. 297 del 26 aprile 2024 si prende atto del provvedimento di Giunta Regionale 19 ottobre 2023, n. 1434 e si conferma l'impianto dipartimentale, determinato nel regolamento di Organizzazione e Funzionamento approvato con Delibera del Direttore n. 323 del 31 marzo 2023 e successiva Delibera di Giunta Regionale n. 825 del 12 giugno 2023.



La struttura organizzativa dell'Istituto è composta, pertanto, da n. 5 Dipartimenti, n. 16 Strutture Complesse e n. 23 Strutture Semplici e a valenza Dipartimentale come di seguito espressamente riportato:

3.1.1. Dipartimento di Staff e Aree Amministrative

1. Dipartimento di Staff e Aree Amministrative	
Struttura e Funzioni	Tipo
SC Area Tecnica e Servizi Informatici	Struttura Complessa
SSD Ingegneria clinica	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Controllo di Gestione	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Struttura Complessa
SC Area Gestione Risorse Umane	Struttura Complessa
SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Struttura Semplice Dipartimentale
URP e Comunicazione	Ufficio



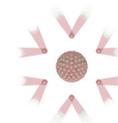
SC Struttura Burocratico Legale, Affari generali e Privacy	Struttura Complessa
Ufficio Formazione	Ufficio
Ufficio Controllo Strategico, RPCT e antiriciclaggio	Ufficio

3.1.2. Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico

2. Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico	
Struttura e Funzioni	Tipo
SC U.O. di Statistica ed Epidemiologia e sistemi informativi	Struttura Complessa
SSD C.Or.O. Bed Management presa in carico e Team Multidisciplinari	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Servizio delle professioni sanitarie	Struttura Semplice Dipartimentale
Servizio di Prevenzione e Protezione	Responsabile
Servizio di Sorveglianza Sanitaria	Responsabile
SSD Qualità e Risk Management	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Farmacia Ospedaliera e U.Ma.C.A	Struttura Complessa
R.U.LA. / CUP MANAGER	Responsabile
Servizio socio-assistenziale	Responsabile
Servizio nutrizionale	Responsabile
Servizio di psiconcologia	Responsabile
Servizio di Cure palliative e Terapia del dolore	Responsabile
Servizi specialistici ambulatoriali	Responsabile
Project Management della Ricerca	Responsabile

3.1.3. Dipartimento Area Chirurgica

3. Dipartimento Area Chirurgica	
Struttura e Funzioni	Tipo
SC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico	Struttura Complessa
SS Otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo facciale	Struttura Semplice
SS Endoscopia Digestiva	Struttura Semplice
SSD Chirurgia Generale ad indirizzo senologico	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	Struttura Complessa
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Struttura Complessa
SSD Urologia Clinicizzata	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Anestesia Rianimazione e TIPO	Struttura Complessa



SC Chirurgia Toracica	Struttura Complessa
-----------------------	---------------------

3.1.4. Dipartimento Area Medica

4. Dipartimento Area Medica	
Struttura e Funzioni	Tipo
SC Oncologia medica	Struttura Complessa
SS Oncologia Medica per la Pat. mammaria	Struttura Semplice
SS Oncologia medica apparato uro-genitale	Struttura Semplice
SS Oncologia integrata	Struttura Semplice
SSD Tumori Rari e melanoma	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Oncologia Medica per la pat. Toracica	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Ematologia e Terapia Cellulare	Struttura Complessa

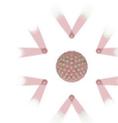
3.1.5. Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagine e terapia

5. Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagine e terapia	
Struttura e Funzioni	Tipo
SC Anatomia Patologica	Struttura Complessa
SS Diagnostica Polmonare	Struttura Semplice
SS Diagnostica Senologica	Struttura Semplice
SSD Diagnostica molecolare e farmaco genetica	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Cardiologia	Struttura Semplice Dipartimentale
SC Radioterapia e Medicina Nucleare	Struttura Complessa
SC Radiologia Interventistica	Struttura Complessa
SSD Radiologia Diagnostica	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Radiologia Senologica	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Fisica Sanitaria	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD Patologia clinica	Struttura Semplice Dipartimentale

3.2. Ampiezza media delle unità organizzative

L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio, aggiornata al 31 dicembre del 2024, risulta sintetizzata dalla seguente tabella:

Personale



Ruolo	in numero	in percentuale
Dirigenza Medica Sanitaria	173	24,2978%
Dirigenza Non Medica Sanitaria	24	3,3708%
Comparto Sanitario	422	59,2697%
Dirigenza Non Medica Professionale	2	0,2809%
Comparto Professionale	2	0,2809%
Dirigenza Non Medica Amministrativa	6	0,8427%
Comparto Amministrativo	56	7,8652%
Comparto Tecnico	18	2,5281%
Altro: Specialisti Ambulatoriali	9	1,2640%
Totale	712	100,0000%

Si riporta di seguito il personale della ricerca al 31 dicembre 2024, assunto a tempo determinato con profilo di Ricercatore Sanitario e di Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria, ai sensi della Legge n. 2025 del 27 dicembre 2017.

Con Delibera del Direttore Generale n. 8 del 5 gennaio 2024 si è provveduto a disporre l'assunzione a tempo indeterminato, nel profilo professionale e nella posizione economica acquisita, di n. 15 dipendenti a tempo determinato con il profilo di Ricercatore sanitario e di Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, in applicazione dell'art. 3-ter del Decreto-Legge n. 51 del 10 maggio 2023 convertito con modificazioni dalla Legge n. 87 del 3 luglio 2023.

Personale della Ricerca – Piramide		
Profilo Professionale	n.	di cui Tempo Indeterminato
Ricercatori Sanitari	26	10
Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria	20	5
Totale	46	15

3.3. Organizzazione del Lavoro Agile

La definizione di *“lavoro agile”* è stata introdotta nel nostro ordinamento dall'art. 18 della Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* promotore del lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, nonché con forme di organizzazione per fasi, cicli, obiettivi, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per l'attività lavorativa.

La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

A seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 -cosiddetto Decreto *“Cura Italia”* convertito con modificazioni nella Legge 24 aprile 2020, n. 27, ha stabilito che



il “lavoro agile” fosse la modalità ordinaria di erogazione della prestazione lavorativa fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica, limitando così “la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili e che richiedono necessariamente tale presenza, anche in ragione della gestione dell'emergenza”.

L'Istituto, infatti, sin dalle prime fasi della pandemia, con Delibera del Direttore Generale n. 230 del 11 marzo 2020, ha approvato il “Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria COVID-19”.

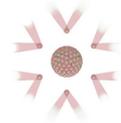
Terminata la fase dell'emergenza pandemica, l'accesso al lavoro agile non rappresenta più una misura di contrasto e prevenzione alla diffusione del Covid-19 e pertanto, le finalità e presupposti della sua introduzione sono attualmente:

- nella prospettiva datoriale, migliorare l'efficienza e/o l'efficacia delle attività e/o dei servizi attraverso l'innovazione organizzativa e la modernizzazione dei processi,
- nella prospettiva del dipendente, agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nella prospettiva comune, implementare misure di benessere organizzativo.

Alla luce della vigente normativa, l'adibilità del lavoro agile nell'Istituto richiede due importanti interventi preliminari:

1. l'adozione di un Regolamento aziendale coerente con l'evoluzione normativa;
2. la revisione dello schema di accordo individuale, effettuata tenendo ben presente l'indispensabile presenza delle seguenti componenti:
 - a. eventuale sussistenza di condizioni complessive di fragilità del soggetto e/o del nucleo familiare di appartenenza;
 - b. durata dell'accordo, sede, giornate ed orari in cui effettuare di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità “agile” che rispettino i criteri normativi vigenti e che garantiscano comunque il benessere psico-fisico del personale dipendente;
 - c. modalità di attivazione e recesso;
 - d. fasce di contattabilità, modalità di monitoraggio e diritto alla disconnessione;
 - e. condotte sanzionabili;
 - f. attività di competenza eseguibili in modalità “agile”, metodi di individuazione delle scadenze e degli obiettivi, nonché di esecuzione delle verifiche da parte del Dirigente/Responsabile delegato;
 - g. autocertificazione della sussistenza dei requisiti ambientali e tecnologici per l'erogazione in sicurezza della prestazione lavorativa attraverso Postazione di Lavoro (PdL) munita di videoterminale;
 - h. dotazioni tecnologiche individuali messe a disposizione del lavoratore ed eventuali possibilità di deroga, nonché dichiarazione di consapevolezza delle misure di sicurezza da osservare per il lavoro su PdL remota.

3.4. Piano triennale di fabbisogno del personale



Il Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

L'articolo 6, comma 2, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso Decreto.

Il Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – avente ad oggetto *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”*, dispone che i Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi del D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi.

Il Piano triennale del fabbisogno di personale deve peraltro essere compatibile con la cornice finanziaria per il S.S.R. e deve essere redatto nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa:

- limite di spesa ex art. 2, comma 71, Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) ed ex art. 11 Decreto-Legge n. 35 del 30 aprile 2019;
- limite di spesa ex art. 9, comma 28, Decreto-Legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito con modificazioni dalla Legge n. 122 del 30 luglio 2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).

L'Istituto, nel voler dar seguito al Piano di Rilancio per l'attivazione di nuove strutture e per il potenziamento delle strutture esistenti, nel corso dell'anno 2022 ha presentato all'Assessorato e al Dipartimento della Salute della Regione Puglia la richiesta di incremento di personale pari a n. 153 unità con un aumento della spesa di personale pari a € 9.215.670,00.

Richiesta accolta parzialmente con Delibera di Giunta Regionale n. 1818 del 12 dicembre 2022 che ha rideterminato e ripartito il tetto di spesa annuale del personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, ex art. 2, comma 71, legge 191/2009 e s.m.i., riconoscendo all'Istituto il nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00 - a valere dall'anno 2022 - rispetto al precedente di € 31.173.942,00 con un incremento di circa 4 milioni di euro.

Nel rispetto del nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00, questo Istituto ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 con Delibera del Direttore Generale n. 713 del 19 dicembre 2022, come modificato con Delibera del Direttore Generale n. 144 del 7 febbraio 2023, avente ad oggetto *“Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023*



dell'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari adottato con Delibera n. 713 del 19 dicembre 2022. Modifiche ad invarianza di spesa”, approvato dalla Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 1210 del 8 agosto 2023 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 89 del 2 ottobre 2023.

Con Delibera del Direttore Generale n. 679 del 9 agosto 2023 questo Istituto ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024, approvato dalla Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 522 del 22 aprile 2024.

Il Piano di rilancio dell'Istituto ha subito una battuta d'arresto nel corso dell'anno 2023, a seguito dell'adozione delle Delibera di Giunta Regionale n. 412 del 28 marzo 2023 e n. 640 del 10 maggio 2023 con le quali la Regione Puglia ha adottato una serie di azioni finalizzate alla razionalizzazione e qualificazione della spesa di personale.

All'esito di varie interlocuzioni tra il Dipartimento Promozione della Salute della Regione e le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, è stata adottata - tra le altre - la Delibera di Giunta Regionale n. 1434 del 19 ottobre 2023 avente ad oggetto “Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale dell'IRCCS Giovanni Paolo II 2023-2024 ex Deliberazione della Giunta Regionale n. 640 del 10 maggio 2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.”.

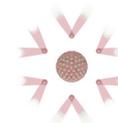
Con Delibera di Giunta Regionale n. 697 del 28 maggio 2024, modificata con Delibera di Giunta Regionale n. 748 del 3 giugno 2024, la Regione Puglia ha disposto l'ulteriore rideterminazione del tetto di spesa del personale dell'Istituto, pari a € 42.932.536,00 e ha precisato che l'incremento del tetto di spesa possa essere immediatamente utilizzato, oltre che per le assunzioni dettagliate nella medesima Delibera di Giunta Regionale n. 697 del 28 maggio 2024, anche per le assunzioni di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 748 del 3 giugno 2024.

L'Istituto ha recepito con Delibera del Direttore Generale n. 401 del 7 giugno 2024 le sopraccitate DD.GG.RR. n. 522/2024, n. 697/2024 e n. 748/2024 riguardanti il Piano assunzionale 2024-2025 e il nuovo Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024, riportato nel presente PIAO all'allegato PIAO_2025-2027_h) Piano Triennale del Fabbisogno di Personale.

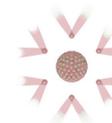
La Regione, con Delibera di Giunta Regionale n. 937 del 4 luglio 2024 ha fornito indicazioni operative per le procedure assunzionali nelle Aziende ed Enti SSR, in attuazione delle Delibera di Giunta Regionale di approvazione dei Piani Assunzionali 2023-2024 e 2024-2025.

Si riporta di seguito il Piano Assunzionale dell'Istituto:

Tempo Indeterminato - Piano assunzionale 2024-2025 DD.GG.RR. 697/2024 e 748/2024		Costo unitario annuo	Assunti anno 2024	Assunzioni anno 2025	Data Presunta Assunzione	Preventivo 2025
n.	Profilo professionale					
2	Dirigente Medico specialista in Anatomia Patologica	115.000	2	-	-	-



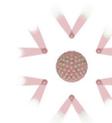
1	Dirigente Medico specialista in Chirurgia Generale	115.000	1	-	-	-
1	Dirigente Medico specialista in Chirurgia Plastica	115.000	-	1	01/07/2025	57.500
3	Dirigente Medico specialista in Ematologia	115.000	-	3	01/06/2025	201.250
5	Dirigente Medico specialista in Urologia	115.000	-	3	01/04/2025	258.750
1	Dirigente Medico specialista in Chirurgia Generale	115.000	-	1	01/06/2025	67.083
3	Dirigente Medico specialista in Chirurgia Generale (SSD Chirurgia Senologica)	115.000	-	1	01/06/2025	67.083
1	Dirigente Medico specialista in Chirurgia Toracica	115.000	-	1	01/05/2025	-
1	Dirigente Medico specialista in gastroenterologia	115.000	-	-	-	-
1	Dirigente Medico specialista in statistica ed epidemiologia	115.000	-	-	-	-
1	Dirigente Medico specialista in malattie apparato respiratorio	115.000	1	-	-	-
1	Dirigente Medico specialista in malattie infettive	115.000	-	1	01/05/2025	76.667
4	Dirigente Medico specialista in Oncologia	115.000	-	2	01/10/2025	57.500
2	Dirigente Medico specialista in Otorinolaringoiatria	115.000	-	1	01/07/2025	57.500
1	Dirigente Medico specialista in Patologia Clinica	115.000	-	1	01/07/2025	57.500
3	Dirigente Medico specialista in Radiodiagnostica	115.000	-	2	01/03/2025	191.667
1	Dirigente Medico specialista in Radioterapia	115.000	-	-	-	-
3	Dirigenti Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione	115.000	-	-	-	-
4	Dirigenti Medici specialisti in medicina Nucleare	115.000	-	2	01/12/2025	19.167
39	TOTALE DIRIGENZA MEDICA		4	19		1.205.000
2	Dirigenti Farmacisti	105.000		2	01/04/2025	157.500
3	Dirigente Biologo	105.000	3	-	-	-
1	Dirigente Fisico (Medicina Nucleare)	105.000	-	1	01/12/2025	8.750
6	TOTALE DIRIGENZA SANITARIA		3	3		166.250
1	Ingegnere Clinico	100.000	-	1	01/07/2025	50.000



1	TOTALE DIRIGENZA PROF.LE			1		50.000
1	Dirigente Amministrativo	100.000	1	-	-	-
1	Dirigente Amministrativo (RPCT)	25.000	1	-	-	-
2	TOTALE DIRIGENZA AMM.VA		2	-		-
1	Dirigente Analista	100.000	-	1	01/07/2025	50.000
1	TOTALE DIRIGENZA TECNICA		-			50.000
12	Tecnico sanitario laboratorio biomedico	45.000	3	7	01/04/2025	236.250
11	Tecnico sanitario radiologia medica	46.650	3	6	01/04/2025	209.925
3	Infermieri CATEGORIE PROTETTE	46.500	-	3	01/07/2025	69.750
44	Infermieri	46.500	10	23	01/05/2025	713.000
70	TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO		16	39		1.228.925
4	OSS	34.500	-	4	01/07/2025	69.000
2	Assistente sociale (Categorie Protette)	45.000	-	2	01/07/2025	45.000
6	TOTALE COMPARTO R. SOCIOSANITARIO		-	6		114.000
1	Autista ambulanza	34.100	-	-	-	-
1	Autista	31.820	-	1	01/07/2025	15.910
2	TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO		-	1		15.910
4	Collaboratore amministrativo di Elevata Qualificazione (di cui n. 2 dall'esterno e n. 2 per progressione verticale)	50.000	-	4	01/12/2025	16.667
4	Collaboratori amministrativi di cui n. 2 da CATEGORIE PROTETTE e n. 2 PROGRESSIONE VERTICALE	42.000	-	4	01/12/2025	14.000
8	TOTALE COMPARTO RUOLO AMM.VO		-	8		30.667
135	Totale assunzioni 2024-2025		25	78		2.860.752

L'incremento della dotazione organica permetterà il conseguente aumento di produzione con particolare riferimento ai seguenti settori di attività:

- potenziamento dell'attività operatoria di Sala e di ambulatorio chirurgico finalizzati all'utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio, come pure al fine di strutturare le funzioni relative alla terapia del dolore;
- Ematologia: per tale unità deve prevedersi l'adeguamento al disposto normativo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 1107 del 16 luglio 2020 (Rete Ematologica Pugliese) con l'incremento della dotazione organica di dirigenti medici, biologi, tecnici di laboratorio e infermieri, anche alla luce del notevole aumento della domanda di trapianto di midollo osseo;



- potenziamento della unità operativa di Urologia, per la quale con Delibera di Giunta Regionale n. 365 del 28 marzo 2024, si è preso atto dell'approvazione della clinicizzazione dell'Unità Operativa;
- potenziamento del C.Or.O. Il Centro di Orientamento Oncologico dell'Istituto, secondo le intese formalizzate dall'uCoor, deve essere funzionalmente predisposto ad una capacità gestionale intraprovinciale, in quanto Hub della Rete Oncologica Pugliese.
A tale scopo si rende indispensabile e quanto mai urgente prevedere l'assunzione di ulteriori dirigenti medici e personale del Comparto;
- potenziamento delle attività dei Laboratori Diagnostici susseguenti all'attivazione dei PDTA da prima visita che dovranno prevedere l'incremento di unità di dirigente medico.

Le assunzioni oggetto dei Piani Assunzionali sono necessarie a consentire l'ottemperanza di indisponibili e cogenti disposizioni di legge in tema di esecuzione del Piano Oncologico Nazionale e Regionale e di erogazione di prestazioni oncologiche rientranti nei LEA, come i programmi di screening oncologici o i piani di abbattimenti delle liste di attesa varati dalla Giunta Regionale con provvedimenti normativi emessi con la finalità di garantire una corretta presa in carico di pazienti oncologici e di evitare fenomeni di mobilità passiva extraregionale.

3.5. Formazione del personale

L'Istituto attraverso lo sviluppo continuo delle competenze intende non solo promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, ma anche favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana, nonché incentivare l'innovazione.

La formazione aziendale costituisce dunque una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Istituto, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione, all'aggiornamento e al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato.

Il Piano di Formazione Aziendale (PFA) è tra gli strumenti strategici funzionali a supportare la realizzazione di questi obiettivi, definendo l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale, a seguito di una rilevazione del fabbisogno formativo volta a:

- mettere in luce le necessità formative espresse dalle singole strutture;
- far emergere eventuali gap formativi da colmare;
- promuovere eventi formativi su temi particolarmente innovativi o in relazione a temi "inediti", per cui in passato non è stata ancora erogata formazione.

Il personale destinatario delle attività formative dell'annualità considerata è rappresentato da tutti i professionisti del ruolo sanitario, sia dirigenti che comparto, e dal personale non compreso nelle categorie ECM, ivi incluso il personale assunto con contratti di collaborazione, titolari di borse di studio e specializzandi.

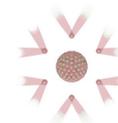
Nella tabella sottostante, vi è un estratto di come saranno realizzati i principali obiettivi di sviluppo delle competenze del personale:



Unità Operativa Proponente	Titolo del Corso/Evento	Responsabile Scientifico	Profili Professionali Destinatari dell'Evento	Sede e Caratteristiche del Corso/Evento
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	PROGETTO DI FORMAZIONE: "GLI ISTITUTI CONTRATTUALI, GIURIDICI ED ECONOMICI CONNESSI ALLE POLITICHE DI SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE"	HMS CONSULTING S.R.L.	PROGETTO DI FORMAZIONE DI SUPPORTO PER L'AREA GESTIONE RISORSE UMANE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI DURATA TRIENNALE 2023-2026
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	BLS-D GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA: ARRESTO CARDIORESPIRATORIO CORSI ECM	CENTRO DI FORMAZIONE IRC "BARICENTRO"	PROGETTO PER TUTTE LE TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 5 ore GENNAIO-DICEMBRE 2025
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT	CORSI ECM DI FORMAZIONE REMINDER DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI IMPLEMENTATE NELL'ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI	UOSD CLINICAL RISK MANAGEMENT	PROGETTO PER TUTTE LE TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025/2026
REGIONE PUGLIA PNRR MISSIONE M6C2	CORSO FAD ECM SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	ISTITUTO SUPERIORE SANITA'	PROGETTO PER PERSONALE RUOLO SANITARIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 8 ore - GENNAIO-GIUGNO 2025
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE BREAST UNIT 2025 CORSI ECM	DOTT. F. GIOTTA - DOTT. D. LA FORGIA	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE ALLA BREAST UNIT	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.S.D ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE ONCOLOGIA POLMONARE - CORSI ECM	DOTT. D. GALETTA	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DELLA ONCOLOGIA POMONARE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.S.D GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	TEAM MULTIDISCIPLINARE - URO GINECOLOGICI - CORSI ECM	DOTT. E. NAGLIERI	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DELLA PATOLOGIA URO GINECOLOGICA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE TUMORI DEL COLON RETTO	DOTT. R. DE LUCA	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DEI TUMORI DEL COLON RETTO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 3 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.C. EMATOLOGIA	TEAM MULTIDISCIPLINARE SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE	DOTT. P. DITONNO - DOTT.SSA A. SCATTONE	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM MULTIDISCIPLINAR	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO



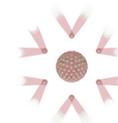
			E SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE	A DICEMBRE 2025
U.O.S.D. TUMORI RARI E MELANOMA	TEAM MULTIDISCIPLINARE TUMORI RARI E MELANOMA - CORSI ECM	DOTT. M. GUIDA	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DEI TUMORI RARI E MELANOMI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 4 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.C. EMATOLOGIA	TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARI - CORSI ECM	DOTT. A. GUARINI - DOTT. B. ROSSINI	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 4 ORE - CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2025
U.O.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	EVENTI FORMATIVI ECM			IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI
	"IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL CARCINOMA OVARICO E DEI TUMORI EREDOFAMILIARI"	PROF. G. CORMIO	100 DIRIGENTI MEDICI	SETT. 2025
	WORKSHOP "LA RICERCA INFERMIERISTICA"	DOTT. G. COLONNA	60 INFERMIERI	1° TRIM. 2025
	WORKSHOP "LA RICERCA INFERMIERISTICA in IRCCS: PROPOSTE E PROTOCOLI DI RICERCA"	DOTT. G. COLONNA	60 INFERMIERI	4° TRIM. 2025
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	EVENTO FORMATIVO ECM NOVITA' IN CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA	DOTT. M. SCARAMUZZI	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025
U.O.S.D. DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	EVENTO FORMATIVO "PROCEDURE OPERATIVE STANDARD (SOP) PER LA PRODUZIONE, LA PURIFICAZIONE E LA CARATTERIZZAZIONE FISICO CHIMICA DI VESICOLE NEL SARCOMA DI EWING"	DOTT.SSA S. TOMMASI	PROGETTO PER 50 PARTECIPANTI (BIOLOGI, MEDICI, TSLB)	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - settembre 2025
U.O.C. CHIRURGIA TORACICA	GIORNATE DI PATOLOGIA TORACO POLMONARE CORSI ECM	DOTT. GAETANO NAPOLI	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI
U.O.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	EVENTI FORMATIVI ECM "FOCUS ONCOLOGY"		MEDICI, FISICI, TSRM, INFERMIERI, OSS, PSICOLOGI, BIOLOGI,	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI GENNAIO - DICEMBRE 2025



		FARMACISTI
"RISCHI DA RADIOESPOSIZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO: MITO E REALTÀ"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR.SSA LABARILE	
"TRANSIZIONE DIGITALE IN RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA"	DR DE CEGLIA - DR GISONE	
"SICUREZZA E STERILITÀ IN SALA ANGIOGRAFICA"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR DE FILIPPIS	
"AMBIENTE E RISCHIO TUMORI: QUALE PREVENZIONE?"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR MOLINARI	
"PROMS E PREMS NEI PZ SOTTOPOSTI A PROCEDURE INTERVENTISTICHE" ESPERIENZA DELL'IRCCS BARI"	DR DE CEGLIA - DR GISONE	
"GESTIONE OSPEDALIERA E DOMICILIARE DEI DEVICES IMPIANTATI"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR.SSA LABARILE - DR. VERTONE	
"NO PAIN: CONTROLLO DEL DOLORE ONCOLOGICO C/O IL NOSTRO IRCCS"	DR DE CEGLIA - DR GISONE	
"LA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA. RUOLO NEI COMPLESSI RAPPORTI TRA COSTO ED EFFICACIA IN AMBITO ONCOLOGICO"	DR DE CEGLIA - DR GISONE	
"GESTIONE E IMPIANTO DEVICES PER ACCESSI VENOSI CENTRALI E PERIFERICI"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR CARLUCCI	
"I TUMORI PRIMITIVI EPATICI: STATO DELL'ARTE"	DR DE CEGLIA - DR GISONE	
"SALA IBRIDA ANGIO-TC: GESTIONE E SIMULAZIONE DI PROCEDURE INTERVENTISTICHE"	DR DE CEGLIA - DR GISONE - DR MOLINARI - DR FALAGARIO - DRSSA. CONVERSANO	



U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	CORSO TEORICO PRATICO ECM "TI PRESENTO LA SALA OPERATORIA"	Dott. GIUSEPPE CARRAVETTA - DOTT.SSA ANNARITA FRANCHINI - DOTT. GIOVANI MASTRANDR EA	PROGETTO PER IL PERSONALE SANITARIO INFERMIERISTICO, TECNICO E OSS - 100 PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2 EDIZIONI CIASCUNA DI DUE GIORNATE - Marzo 2025 - Ottobre 2025
	"CORSO OBBLIGATORIO TEORICO PRATICO ECM "NURSING DELL'ACCESSO VENOSO CENTRALE: INDICAZIONI, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE"	DOTT.SSA DOMENICA GAROFALO - DOTT.SSA ANNARITA FRANCHINI	PROGETTO PER IL PERSONALE SANITARIO INFERMIERISTICO - 35 PARTECIPANTI PER EDIZIONE	2 EDIZIONI CIASCUNA DI DUE GIORNATE - Aprile 2025 - Ottobre 2025
U.O.C. EMATOLOGIA	EXPERT MEETING PROGETTO PNRR-MAD-2022-12376441-LEUKEMIC CELL AND MICROENVIRONMENT INTERACTIONS AS THE CULPRIT OF CHRONICITY IN CLL	DOTT.SSA CARLA MIINOIA	PROGETTO PER P.I. E COLLABORATORI DEL PROGETTO PNRR-MAD-2022- 12376441	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2° TRIM. 2025
U.O.S.D CLINICAL RISK MANAGEMENT	CORSO BASE DI FORMAZIONE ECM "LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO"	DOTT.SSA ANTONIA PECE	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT	CORSO BASE DI FORMAZIONE ECM COME FACILITATORI INTERNI ALL'AZIENDA	DOTT.SSA ANTONIA PECE	PROGETTO PER I COORDINATORI INFERMIERISTICI DIPENDENTI DELL'ISTITUTO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 4 ore - 2025
SERVIZIO DI PSICONCOLOGIA	PROGETTO FORMATIVO SULL'ACCOGLIENZA "Hospitality" corso ECM	UNITA' OPERATIVA DI PSICONCOLO GIA	OPERATORI CON MANSIONI DIRETTE ALL'ACCOGLIENZA E AL RAPPORTO CON IL PUBBLICO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 3 ORE – 4 INCONTRI 2024-2025
U.O.S.D. FISICA SANITARIA	LA RADIOPROTEZIONE DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI CORSO DI AGGIORNAMENTO D.Lgs. 101/2020	DOTT. VITTORIO DI DONNA	35 PARTECIPANTI MEDICI, INFERMIERI, TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA 1 EDIZIONE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 8 ORE - 2025
U.O.S.D. SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARTIE	EVENTI FORMATIVI ECM "PROTOCOLLI ED ISTRUZIONI OPERATIVE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA" - ECM	DOTT. G. COLONNA		IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 8 ORE - 2025 2° TRIM. 2025



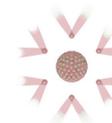
	"CONOSCERE PER CAPIRE: CONOSCERSI PER CAPIRSI"	DOTT.SSA A. COLANTONI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE - 90 PARTECIPANTI	4° TRIM 2025
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	CORSO DI FORMAZIONE TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE: ETICA PUBBLICA E COMPORTAMENTO ETICO	ING. GIANCARLO SALOMONE - DOTT. DONATO MADARO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI – 2025
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI: INFORMATICA E DIGITALIZZAZIONE NELLA P.A.	ING. GIANCARLO SALOMONE - DOTT. DONATO MADARO	PROGETTO PER 60 PERSONE DIPARTIMENTO DI STAFF E AREA AMMINISTRATIVA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI – 2025
DIREZIONE SCIENTIFICA	CORSI FORMATIVI SU SEGUENTI AREE TEMATICHE	ENTE FORMATORE INDIVIDUATO DIRETTAMEN TE DALLA DIREZIONE SCIENTIFICA	COLLABORATORI PROFESSIONALI DI RICERCA SANITARIA, RICERCATORI SANITARI, DIRIGENTI AMMINISTRATIVI E NON COINVOLTI NEI PROCESSI RELATIVI ALLE ATTIVITA' DI RICERCA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI – 2025
	INDIVIDUARE MODELLI E TECNICHE PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE			
	APPLICARE STRUMENTI E STRATEGIE PER LA FORMAZIONE E VALUTAZIONE DI TEAM SANITARI			
	COMPRENDERE MODELLI PER SVILUPPARE LA LEADERSHIP NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE			
	RECEPIRE TECNICHE E STRUMENTI PER SVILUPPARE IL POTENZIALE DI PROFESSIONISTI E TEAM SANITARI			
	ACQUISIRE METODOLOGIE E STRUMENTI DI CONFLICT MANAGEMENT, STRESS MANAGEMENT E TIME MANAGEMENT			
RSPPA	RISCHI SUL LAVORO IN SANITA' "CORSO DI FORMAZIONE GENERALE OBBLIGATORIA PER I LAVORATORI" EX ART. 37 Dlg.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI EROGABILE IN MODALITA' A Distanza ASINCRONA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 4 Ore



RSPPA	RISCHI SUL LAVORO IN SANITA' "CORSO DI FORMAZIONE GENERALE OBBLIGATORIA PER I LAVORATORI" EX ART. 37 Dlg.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI EROGABILE IN MODALITA' A DISTANZA ASINCRONA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 12 Ore
RSPPA	"CORSO PREVENZIONE RISCHIO LEGIONELLA": SICUREZZA E RISCHI GENERALI DEL LUOGO DI LAVORO" DlG.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI CORSI REMINDER - NUOVI ASSUNTI OBBLIGATORIO EROGABILE IN PRESENZA O IN MODALITA' A DISTANZA SINCRONA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 3 Ore
RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIO PER DIRIGENTI EX DlG.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO PER DIRIGENTI EROGABILE IN MODALITA' A DISTANZA ASINCRONA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 16 Ore
RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE PER RLS EX DlG.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	CORSO DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO PER RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA EROGABILE IN PRESENZA O IN MODALITA' A DISTANZA SINCRONA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 8 Ore
RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA PER I LAVORATORI ESPOSTI AI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI IN AMBIENTE SANITARIO UN FOCUS SULLE SOSTANZE REPROTOSSICHE" EX DlG.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE OBBLIGATORIO PER TUTTI I PREPARATORI E SOMMINISTRATOR I DI FARMACI CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 12 Ore



RSPPA	CORSO FORMAZIONE OBBLIGATORIO ADDETTI GESTIONE EMERGENZE E LOTTA ANTICENDIO - LIVELLO 2	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO TEORICO PRATICO PER ADDETTI ALLA GESTIONE EMERGENZE E LOTTA ANTICENDIO LIVELLO 2	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 5 ORE MODULO TEORICO - 3 ORE MODULO PRATICO - 2025
RSPPA	CORSO FORMAZIONE OBBLIGATORIO ADDETTI GESTIONE EMERGENZE E LOTTA ANTICENDIO - LIVELLO 3	COMANDO DEI VIGILI DEL FUOCO DI BARI	PROGETTO TEORICO PRATICO PER ADDETTI ALLA GESTIONE EMERGENZE E LOTTA ANTICENDIO LIVELLO 3	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 12 ORE MODULO TEORICO - 4 ORE MODULO PRATICO - 2025
RSPPA	CORSO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE EX D.M. 388/2003 - D.LGS. 81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIO PER PERSONALE NON SANITARIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 8 ORE MODULO TEORICO - 4 ORE MODULO PRATICO - 2025
RSPPA	CORSO OBBLIGATORIO FORMAZIONE SPECIFICA SUL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO EX Dlg.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025
RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICO OBBLIGATORIO "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI" EX Dlg.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMATIVO TEORICO-PRATICO PER INFERMIERI E OSS EROGABILE IN PRESENZA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 6 Ore
RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA OBBLIGATORIA PER OPERATORI SANITARI EX Dlg.81/2008 - "UTILIZZO GAS MEDICINALI IN SICUREZZA"	AIRLIQUID	PROGETTO FORMATIVO TEORICO PER OPERATORI SANITARI EROGABILE IN PRESENZA O VIDEOCONFERENZA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 4 Ore
RSPPA	CORSO OBBLIGATORIO DI FORMAZIONE SPECIFICA SUL RISCHIO AGGRESSIONI EX Dlg.81/2008	CONVENZION E CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025
RSPPA	ADDESTRAMENTO OBBLIGATORIO AL CORRETTO UTILIZZO DEI DPI EX Dlg.81/2008		ADDESTRAMENTO PER I LAVORATORI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025



RESPONSABILE PREVENZIONE, CORRUZIONE E TRASPARENZA RPCT	CORSO OBBLIGATORIO IN "MATERIA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA E PRIVACY"	FORMAZIONE ENTI PUBBLICI - FORMEL	PROGETTO OBBLIGATORIO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025
UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONI	CORSO DI FORMAZIONE "COME DIRE? CONOSCERE I MEDIA PER COMUNICARE MEGLIO"	DOTT. A. CENTRONE - DOTT.SSA E. D'ACCIO'	PROGETTO PER TUTTO IL PERSONALE DELL'ISTITUTO 100 PARTECIPANTI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 4 ORE
UFFICIO FORMAZIONE	ACCRESIMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI DEL PERSONALE SANITARIO	PROMIS	PROGETTO PER PERSONALE RUOLO SANITARIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025 - 2026
UFFICIO FORMAZIONE	MEDICINA DI GENERE	DOTT. F. LAVALLE - PROF. MORETTI	PROGETTO PER TUTTO IL PERSONALE DELL'ISTITUTO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI - 2025

L'Organismo Regionale per la formazione in Sanità ha nominato l'Istituto Provider Regionale ECM con Nota Prot. 08/2013/ORF5 del 13 marzo 2013.

La formazione all'interno dell'Istituto viene effettuata utilizzando le risorse interne/esterne quali dipendenti Medici e Infermieri e altre professioni sanitarie, per espletare corsi di formazione.

Per specifici ambiti formativi (contabili-amministrativi), non potendo l'Istituto contare su risorse interne, si rende necessario l'attivazione di opportune gare d'appalto per l'individuazione di società di formazione esterne.

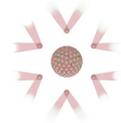
L'incentivazione alla formazione del personale dipendente dell'Istituto è regolamentato dal "Regolamento Aziendale per la formazione e l'Aggiornamento professionale del personale dipendente" approvato con Delibera del Direttore Generale n. 392 del 13 agosto 2021.

3.6. Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta la programmazione finalizzata al cambiamento culturale e organizzativo. Le azioni positive mirano a porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti ad esempio dalle discriminazioni e dalle differenze di genere.

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati dall'Istituto è fondamentale sensibilizzare tutti gli organi interessati promuovendo la collaborazione tra gruppi di lavoro Comitati e Organi istituzionali, già presenti in Istituto. Di seguito se ne riportano alcuni.

L'organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.



L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Con Delibera del Direttore Generale n. 945 del 29 novembre 2023 è stato costituito l'Organismo Paritetico per l'innovazione, ai sensi dell'art 8 CCNL Personale del Comparto Sanità del 2 novembre 2022 - triennio 2019-2021.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Il Comitato è stato costituito con Delibera del Direttore Generale n. 389 del 24 luglio 2014.

L'adozione del "Gender Equality Plan" effettuata con Delibera del Direttore Generale n. 1041 del 28 dicembre 2023 conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari.

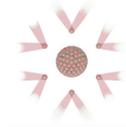
Il Gender Equality Plan dell'Istituto è articolato in cinque aree di intervento:

- **I area di Intervento:** riguarda le misure per la conciliazione fra vita lavorativa e vita familiare, in relazione all'impegno genitoriale e di cura, la cultura organizzativa dell'Istituto e la lotta ai pregiudizi;
- **II e III area di Intervento:** rivolte specificamente a individuare misure di riduzione del gender gap, nel caso della seconda riguardo alla leadership ed ai processi;
- **IV area di intervento:** relativa alla valorizzazione della dimensione di genere nello specifico ambito della ricerca;
- **V area di intervento:** riguarda le misure contro i comportamenti discriminatori, molesti, eventualmente violenti sui luoghi del lavoro.

Il piano si basa su 3 pilastri ineludibili:

1. l'implementazione, gestione e costante evoluzione di un sistema informativo per la collezione di dati relativi alla "gender equality";
2. una programmazione formativa del personale;
3. l'esistenza di un "Bilancio di Genere".

L'Istituto, nel corso del triennio 2025-2027, procederà all'aggiornamento delle azioni già avviate e implementerà eventuali nuove proposte avanzate dal Comitato.



4. Monitoraggio

4.1. I sistemi di monitoraggio e verifica

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti è svolto dai competenti uffici dell'Istituto, ed in particolare:

1. Valore Pubblico – Direzione Strategica e SSD Controllo di Gestione;
2. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT;
3. Organizzazione del capitale umano – SC Area Gestione Risorse Umane;

4.1.1. Il monitoraggio del valore pubblico e della performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati;

e si svolge con frequenza annuale attraverso il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale:

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni indicatori allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso l'Istituto recepisce:

- le disposizioni di legge, come da Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 1558 del 13 novembre 2023 *“Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 -2024”*;
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida *“Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance”*;
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2023-2025 e con il documento *“Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella



Sottosezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione “*Performance*” del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall’Autorità Anticorruzione, l’Istituto si sta adoperando per garantire l’integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

4.1.2. Monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza

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

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate.

Il monitoraggio è un’attività continuativa di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un’attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasce:

- monitoraggio sull’attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- monitoraggio sull’adeguatezza delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell’attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del “*Sistema di gestione del rischio*”.

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene attraverso incontri/interviste/audit *on-site* e per i *target* assegnati anche attraverso la redazione di verbali di operazioni compiute.

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

Stato di attuazione delle misure

Da una lettura comparativa con i precedenti *report* si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione svolte dall’Istituto ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo “*general*” e “*specifiche*”.

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT, all’uopo interessato formalmente dal RPCT, le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l’indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività.

Per dettagli si rinvia al *report* costituente “*PIAO_2025-2027_e) Stato attuazione misure*”.



Le attività di sorveglianza svolte dal RPCT hanno contribuito a identificare con maggiore precisione fasi, tempi e, in particolar modo, indicatori di attuazione (*target*).

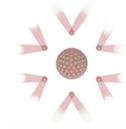
Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT (*Allegato4-Relazione RPCT*) per l'anno 2024, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e risultati dell'attività svolta (<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>).

Misure generali e specifiche

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure di prevenzione idonee a contrastare i rischi corruttivi. Gli interventi individuati tengono conto dell'analisi del contesto esterno, interno e degli esiti della mappatura dei processi effettuata nel 2024 e sono conformi alle misure previste dagli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'Istituto evidenziando che, per il principio di continuità e per motivi di consolidamento, anche tenuto conto che alcuni *target* vengono riproposti in quanto, allo stato, non definiti (in ragione di motivi tecnici ovvero per incapienza delle disponibilità finanziarie idonee a realizzarle)

Di seguito l'elenco delle misure generali (MG) e delle misure specifiche (MS) definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:

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



MS-03	Regolamentazione delle Sperimentazioni	Si
MS-04	Controllo attività conseguenti al decesso	Si
MS-05	Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	Si
MS-06	Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	Si
MS-07	Regolamentazione alienazione immobili	Si
MS-08	Certificazione bilancio di esercizio	Si

Inconferibili/Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con il Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane e con i Dirigenti/Responsabili delle Strutture competenti al conferimento degli incarichi, verifica che sia attuato il monitoraggio sull'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi conferiti o da conferire, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013.

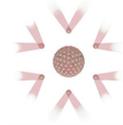
L'accertamento avviene al momento del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato allegata all'atto di conferimento pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora accertato, contesta all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti.

Il Responsabile della prevenzione, in collaborazione con l'Area Gestione Risorse Umane, verifica che sia attuato il controllo sulla sussistenza di eventuali precedenti penali in capo ai dipendenti dell'Istituto o a soggetti, anche esterni a cui l'Istituto intende conferire l'incarico di membro di commissione di affidamento di commesse o di concorso di incarichi dirigenziali o di altri incarichi di cui all'art. 3 del Decreto Legislativo n. 39/2013.

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Inconferibilità e incompatibilità	attuata	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi.	100% Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni pervenute	Area Gestione Risorse Umane



Incarichi extra-istituzionali (MG-02)

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

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Incarichi extra-istituzionali	attuata	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale delle autorizzazioni rilasciate	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti

Incompatibilità successiva (MG-03)

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

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

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

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

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



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

Altresì è previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
<i>pantouflage</i>	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	Area Gestione Risorse Umane

Astensione per conflitto di interessi (MG-04)

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

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

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

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



A tal fine:

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento dell'Istituto, il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero, di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero, di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

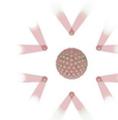
Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.

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

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente da quell'incarico lo stesso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sentito il parere degli organi di controllo interni. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere oggetto di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profitto dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

E' stata predisposta e adottata un'adeguata modulistica per la rilevazione di situazioni potenziali di conflitto d'interesse con particolare riferimento ai RUP, alle Sperimentazioni, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV, al Collegio ed ai consulenti.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Conflitto interessi	attuata	Numero di dichiarazioni verificate su numero di dichiarazioni rese nel semestre	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti

Rotazione del personale (MG-05)

In sanità l'applicazione del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite si presenta il problema della limitazione, all'interno dell'Istituto, di figure in grado di svolgere determinati e specifici compiti

Tenuto conto di quanto premesso, il soggetto competente alla nomina valuta le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione.

Nel caso in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

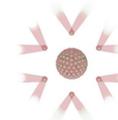
La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto ed in considerazione della competenza professionale del personale; la rotazione non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico.

Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.

Già dal 2017, l'Istituto ha completato l'assetto organizzativo con l'assunzione di personale Dirigenziale, delle figure amministrative e professionale, nel rispetto dei posti vacanti e della normativa vigente, che hanno consentito di attuare:

- l'attuazione della "segregazione delle funzioni", come suggerito nel PNA 2016, Determina ANAC 831/2016, per alcuni processi decisione ad alto rischio. In particolare, il processo del ciclo degli acquisti è stato oggetto una profonda riorganizzazione attraverso la creazione di due strutture SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti e consentendo l'attribuzione delle responsabilità dei processi a due soggetti differenti e ben individuati.



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

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

Tuttavia, l’Istituto si è dotato di apposito “Regolamento in materia di rotazione del personale”, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 7 del 3 gennaio 2025.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Rotazione pluriennale	attuata	Adozione del regolamento sulla rotazione con definizione del piano di rotazione	SI	Area Gestione Risorse Umane
Monitoraggio rotazione	Da attuare entro il 31 dicembre 2025	Monitoraggio semestrale sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	100%	RPCT

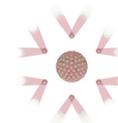
Codice di Comportamento (MG-06)

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità.

Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico, l’Istituto, secondo quanto previsto dall’art. 54, comma 5, del Decreto Legislativo n. 165/2001, con Delibera del Direttore Generale n. 62/2014 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell’Istituto e prevede l’estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell’amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell’Istituto.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando viene inserita la condizione dell’osservanza dei Codici di Comportamento, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice.



Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a responsabilità disciplinare.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2025	Responsabile
Aggiornamento del Codice di comportamento	Da attuare	Attività di divulgazione e formazione del personale sul Codice di comportamento	100%	RPCT
		Numero di dipendenti informati/formati su numero dipendenti in servizio		Area Gestione Risorse Umane

Segnalazioni illecite (MG-07)

La Legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. *whistleblower*).

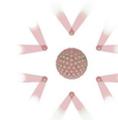
La norma tutela il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, impedendo che lo stesso possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad ogni tipo di discriminazione in ragione della denuncia.

L'Istituto ha recepito il nuovo decreto sul whistleblowing, ai sensi del Decreto Legislativo n. 24/2023 che ha abrogato l'art. 54 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001 e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi, aderendo al progetto *WhistleblowingPA*.

Inoltre, sono state recepite le Linee guida ANAC avente a oggetto: "*Linee guida whistleblowing- Parte prima- I canali e le modalità di presentazione delle segnalazioni*" adottate dall'Autorità con Delibera del Direttore Generale n. 311 del 12 luglio 2023 che hanno sostituito quelle adottate con Delibera n. 469/2021.

Tale piattaforma è basata sul software *GlobaLeaks* e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (indirizzo pubblico <https://istitutotumorigiovannipaoloiidibari.whistleblowing.it>).

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Piattaforma per la gestione delle segnalazioni illecite	attuata	Percentuale segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute	100%	RPCT



Formazione del personale (MG-08)

La formazione riveste un ruolo fondamentale nell’attività di prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell’integrità.

Tale importanza è stata chiaramente evidenziata dal nostro Legislatore nell’art 1 commi, 5, 8, 9, 10, 11 dalla Legge 190/2012, avente ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” imponendo l’obbligo alle pubbliche amministrazioni di adottare percorsi formativi specifici nell’ambito della prevenzione della corruzione rivolti a tutto il personale.

La formazione è lo strumento principale per creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che, se radicata, può compromettere l’integrità ed il buon funzionamento dell’organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.

In generale sono previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l’attività specifica svolta.

- Formazione generale:** è rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell’etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale.

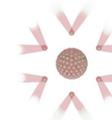
Le metodologie utilizzate sono basate sull’approccio frontale rafforzato dall’esame di casi concreti e su focus group.

- Formazione specifica:** è rivolta al Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio sulle politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione.

Nell’anno 2024 la formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, e in generale sui temi dell’etica e dell’integrità, misura di prevenzione obbligatoria è stata affidata a società del settore, la quale ha proceduto ad organizzare, in modalità e-learning, uno specifico corso in materia di prevenzione della corruzione e privacy che ha interessato tutti i dipendenti.

Analoga progettualità è stata predisposta per l’anno 2025 che tiene conto della somministrazione di un corso base aggiornato al giugno del 2024 in materia di anticorruzione; avanzato in materia di anticorruzione rivolto a responsabili e dirigenti e figure apicali partecipanti; base sulla *privacy*.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	attuata	Numero corsi erogati annualmente	almeno 1 evento all’anno	RPCT Ufficio Formazione
Formazione sul Codice di	attuata	Numero corsi erogati	almeno 1 evento	RPCT



comportamento		annualmente	all'anno	Ufficio Formazione
Formazione in materia di antiriciclaggio	Da attuare	Formazione nei confronti Gestore, Responsabili nel sistema di segnalazione	Si	Gestore antiriciclaggio Ufficio Formazione RPCT

Inoltre, il RPCT, in data:

- 9 ottobre 2024, ha partecipato alla giornata della Trasparenza presso la sede della Regione Puglia unitamente a tutti gli altri Responsabili per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle Aziende Sanitarie pugliesi, al fine di condividere criteri e metodologie operative sugli obblighi di pubblicità e trasparenza;
- 26 novembre 2024 ha partecipato – in remoto – alla giornata *WhistleblowingPA* - Formazione gestori segnalazioni promossa da *Transparency International Italia*;
- 27 novembre 2024 ha partecipato – in remoto – alla presentazione della quinta edizione del *Forum per l'integrità in Sanità*, promosso da *Transparency International Italia e Re-Act*, rivolta alle aziende sanitarie finalizzata a rafforzare l'integrità del Servizio Sanitario Nazionale.
- 18 dicembre ha partecipato – in remoto – alla decima Giornata ANAC dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dal titolo *"Pubblichiamoli bene! Prassi virtuose dei dati per migliorare la trasparenza"*.

Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Delibera del Direttore Generale n. 3 del 4 gennaio 2021 avente ad oggetto *"Sostituzione del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante"* è stato individuato Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA) il Dirigente Responsabile della S.S.D. Patrimonio, Appalti e Contratti, Dott. Filippo Tragni, soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Aggiornamento Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti	attuata	Presenza nomina formale del RASA	Si	RPCT

Gestore segnalazioni UIF (MG-10)

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante *"determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare"*



l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'Istituto ha provveduto alla nomina del gestore delle segnalazioni alla **UIF** (Unità di Informazione Finanziaria), nella persona della dott.ssa Maria Carmela Lentini, Dirigente amministrativo dell'Area Gestione Risorse Finanziarie in continuità di analogo precedente incarico, giusta Delibera n. 6 del 3 gennaio 2025.

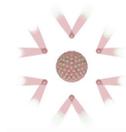
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare	Adozione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio
Registrazione del Gestore Antiriciclaggio al sistema Infostat-UIF	Da attuare	Tempestivo		Gestore antiriciclaggio
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare nel triennio	Attuazione regolamento		Gestore antiriciclaggio
Registrazione del Gestore Antiriciclaggio al sistema Infostat-UIF	Da attuare	Verifica registrazione	SI	RPTC
Formazione in materia di antiriciclaggio	Da attuare	Formazione nei confronti Gestore, Responsabili nel sistema di segnalazione	SI	Gestore antiriciclaggio Ufficio Formazione RPCT

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

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

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

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



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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Controlli presenza procedimenti penali o misure cautelari	attuata	Controlli annuali a campione su dipendenti	SI (almeno il 20% sul totale)	Area Gestione Risorse Umane
Acquisizioni autodichiarazioni	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di commissari di gara nominati	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

Patto di integrità (MG-12)

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

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

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Patto di integrità	attuata	Patti di integrità sottoscritti sul totale delle gare appaltate	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)



Informatizzazione

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

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

Il Sistema Informativo dell’Istituto si avvale dei numerosi strumenti e servizi ICT che, opportunamente integrati con gli applicativi verticali di supporto ai processi di lavoro (Protocollo, Gestione Delibere e Determinazioni, Gestione documentale, PEC, Firma digitale elettronica, cartella clinica informatizzata, sistema contabile interoperabile, gestione ordine elettronico NSO) consentono la completa dematerializzazione di tutti i documenti in entrata, in gestione, in uscita, nonché del patrimonio informativo aziendale.

Altresì, in conseguenza degli obblighi imposti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale dal Piano della Sanità Digitale, questo Istituto ha adottato il proprio Piano di Transizione dei Sistemi Informativi Sanitari (clinici e amministrativi) nel “cloud computing” della Regione Puglia ex DGR Puglia n. 1803 del 16 ottobre 2018, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 5 febbraio 2019.

Di seguito i principali progetti previsti nel triennio 2025-2027:

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 28/02/2025	Rispetto delle scadenze in materia di sicurezza informatica previste dal D.lgs. 138 del 2024, di recepimento della normativa NIS 2; Rispetto delle scadenze in materia di sicurezza informatica previste dalla Legge 90/2024.	Si	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2025	Incremento della sicurezza del sistema di conservazione documentale, mediante avvio del nuovo protocollo informatico	Si	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione	Incremento della sicurezza del sistema di conservazione documentale, mediante	Si	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici



	Avvio stimato entro il 31/12/2025	implementazione di un sistema di conservazione sostitutiva		
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	attivazione di un "Piano triennale per l'informatica dell'Istituto", nelle forme e secondo le modalità definite dall'Agenzia per l'Italia digitale, in esecuzione del Protocollo di Intesa sottoscritto con la Regione Puglia per la collaborazione al processo di transizione al digitale, adottato dall'Istituto con la Deliberazione n. 700 del 3 ottobre 2024	Si	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici

Procedimenti amministrativi

Con riferimento al monitoraggio dei tempi procedurali è stata rilevata la necessità di aggiornare ed uniformare le schede di rilevazione dei procedimenti amministrativi ex art. 35 del Decreto Legislativo n. 33/13 pubblicate sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Tale attività di aggiornamento si ritiene fondamentale sia ai fini della pubblicazione obbligatoria dei procedimenti sia per il monitoraggio interno.

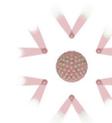
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Aggiornamento procedimenti amministrativi con schede di rilevazione	Da attuare entro il 31/12/2025	Numero di schede pervenute su numero totale di schede degli uffici titolari di procedimenti	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi
Analisi delle schede pervenute	Da attuare entro il 31/12/2025	Elaborazione della relazione di monitoraggio finale	SI	RPCT
Pubblicazione procedimenti amministrativi aggiornati	Da attuare entro il 31/12/2025	Schede pubblicate rispetto al totale delle schede validate	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi

Sponsorizzazioni (MS-02)

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra l'Istituto e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore.

Con Delibera del Direttore Generale n. 74 del 30 gennaio 2019, è stato approvato il Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle



risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all’area dei farmaci, dei dispositivi, all’introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l’Istituto intende avviare l’iter per l’acquisizione delle “**dichiarazioni pubbliche di interesse**” sulla base della modulistica Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

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

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Dichiarazioni pubbliche di interessi	Da attuare entro il 31/12/2025	Dichiarazioni controllate sul totale delle dichiarazioni acquisite durante l’anno	100%	RPCT

Sperimentazioni (MS-03)

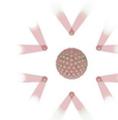
Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell’Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all’assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici.

Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell’assistenza e della gestione. L’Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l’intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione.

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

L’Istituto è altresì consapevole che la gestione dei proventi derivanti da tale attività può essere di rilevante, tale da indurre a ritenere tale Area ad alto rischio corruttivo.

Pertanto l’Istituto al fine di **disciplinare l’attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali** eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell’Istituto, si è dotato di un



apposito **Regolamento in materia di Sperimentazioni cliniche**, giusta Delibera del Direttore Generale n. 232 del 28 aprile 2017, che disciplina tutta l'attività di gestione della sperimentazione, a cui si affiancano procedure di controllo miranti a verificare situazioni di possibili conflitti di interesse, che nel corso del triennio 2025-2027 si prevede di potenziare.

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Aggiornamento Regolamento sulle Sperimentazioni, alla luce del Regolamento Europeo nr. 536 del 2014 e della Delibera della Giunta Regione Puglia nr. 712 del 22 maggio 2023	Da attuare	Adozione Regolamento	Si	Direzione Scientifica
				Comitato Etico
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Monitoraggio Regolamento sulle Sperimentazioni	Da attuare		Si	Direzione Scientifica RPCT

Attività conseguenti al decesso (MS-04)

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

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Affissione elenco ditte onoranze funebri	attuata	Presenza elenco ditte presso i locali obitorio	Si	RPCT

Donazioni e comodati d'uso (MS-05)



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

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

L'Istituto ha altresì adottato uno specifico Regolamento per le donazioni e comodati, giusta Delibera del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019.

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

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Aggiornamento Regolamento sulle Donazioni	Da attuare	Adozione Regolamento	Si	Area Patrimonio
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Regolamento sulle Donazioni	Attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	Si	RPCT

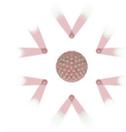
ALPI e Liste di attesa (MS-06)

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario.

L'Istituto ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio della Libera Professione, giusta Delibera n. 100 del 25 febbraio 2009.

L'Istituto prevede l'applicazione di **specifiche misure di mitigazione dei rischi** tra cui:

- Procedura che consente il monitoraggio continuo tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale;
- Procedura che consente il controllo dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prenotata;



- Procedura che consente la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo periodico aggiornamento;
- Procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa.

Altresì, con Delibera del Commissario Straordinario n. 703 del 3 dicembre 2021, è stato nominato il nuovo Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA) con una serie di importanti compiti, tra cui l'aggiornamento continuo del registro in cui sono riportati i volumi, i tempi di attesa ed ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 13 del 28 marzo 2019 "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità".

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Regolamenti ALPI e Liste di attesa	attuata	Monitoraggio continuo ALPI/Liste d'attesa. Predisposizione di Report Bimestrali sull'attività svolta da inviare alla	Si	RULA

Alienazione immobili (MS-07)

L'istituto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013, relativi alla **pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili**, prevede l'adozione un apposito Regolamento che disciplini le procedure di dismissioni di tali beni, nonché la possibilità della gestione informatizzata del libro cespiti.

Tale attività sarà subordinata al completamento dell'attività di rilevazione fisica e successiva inventariazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto.

In particolare, sono state avviate le attività di rilevazione ed inventariazione dei beni presenti nell'Istituto le cui attività si sono concluse attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Procedure dismissioni beni immobili	Da attuare entro il 31/12/2025	Adozione Regolamento	Si	Area Patrimonio

Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)

Nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, l'Istituto ha avviato tutte le procedure finalizzate ad ottenere la certificazione del proprio bilancio d'esercizio, giusta Delibera del Direttore Generale



n. 24 del 28 settembre 2012 avente ad oggetto: *“Deliberazione della Giunta Regionale 30 maggio 2012, n. 1060 ad oggetto “Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici ai sensi dell’art. 11 del Patto per la Salute di cui all’Intesa CRS del 03.12.2009 e L.R. 2/2011”.*

Questo Istituto ha deliberato l’aggiudicazione del servizio di revisione contabile volontaria dei bilanci di esercizio anni 2023, 2024 e 2025 alla Ditta EY S.p.A.

In relazione al Bilancio di esercizio 2023 l’approvazione è stata effettuata con Delibera del Direttore Generale n. 300 del 30 aprile 2024 e la presa d’atto della Relazione del Collegio Sindacale e della Relazione di Revisione Volontaria sul Bilancio chiuso al 31 12 2023 è stata effettuata con Delibera del Direttore n. 556 del 1 agosto 2024.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Attuata	Osservanza Procedure contabili Manuale delle amministrativo-	Si	Area Gestione Risorse Finanziarie

Benessere organizzativo

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

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2025-2027	Responsabile
Benessere organizzativo	Attuata	Monitoraggio continuo benessere organizzativo	Si	CUG

Azioni di coinvolgimento della società civile

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

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

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



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

Sorveglianza progetti PNRR

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

La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con Nota Prot. n. 23168 del 16 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

L'Istituto ha proposto all'Agenzia per la Coesione Territoriale un intervento di realizzazione di Servizi e Infrastrutture Sociali di comunità da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione n. 5 "Inclusione e Coesione del Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR), Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne - Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU.

I servizi di telemedicina, nell'ambito del progetto TeleCOro, consentiranno il collegamento tra le Postazioni di Telemedicina remote con il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, a sua volta connesso alla Rete Oncologica Pugliese per garantire tutti i servizi di gestione del paziente affetto da malattia oncologica da questa previsti.

In particolare, con i presidi antiriciclaggio, l'Istituto intende prevenire i rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.



Sono previste misure ulteriori di prevenzione della corruzione con particolare riferimento al possibile abuso del ricorso alle procedure negoziate in assenza delle condizioni previste da norma di legge, omissione dei controlli e potenziali conflitti di interesse.

Trasparenza amministrativa (MG-13)

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

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

La tabella in allegato denominata "*Allegato5-Obblighi_publicazione*" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013, così come modificati dal Decreto Legislativo n. 97/2016, applicabili all'Istituto e riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito *web* istituzionale.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 1 gennaio 2024 sono contenute, in particolare, nel provvedimento ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, in quello del nr. 495 del 25 settembre 2024 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui l'Istituto fa riferimento.

L'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31 dicembre 2023 (assoggettate al Decreto Legislativo n. 50/2016 o al Decreto Legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale dei contratti sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20 giugno 2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 1 gennaio 2024.

In particolare, nell'allegato di cui sopra:

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

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



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

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

L'Istituto dà attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo.

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

Nel corso del triennio 2025-2027 è prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

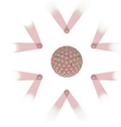
- i nominativi e i *curricula* di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo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

Accesso Civico semplice e generalizzato

L'Istituto consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 33/2013 e s.m.i..

Nei casi in cui l'Istituto abbia omissso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo Decreto. La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita ed è presentata al Responsabile della trasparenza dell'Istituto.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza provvede, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale.



Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il Responsabile della Trasparenza richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza.

Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile.

In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

Nel caso di ritardo o di mancata risposta l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Nel caso di silenzio dell'Istituto, il richiedente potrà proporre ricorso al giudice amministrativo entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi, ai sensi dell'art. 5 bis del Decreto Legislativo n. 33/13.

Sono escluse da detta facoltà i casi di:

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

Non è possibile effettuare l'accesso generalizzato in presenza di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

La suddetta facoltà di accesso è altresì esclusa nel caso in cui il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati quali:

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

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.



L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti Uffici:

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

Nel caso in cui l'accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Istituto ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Istituto provvederà sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Il procedimento di accesso generalizzato si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

E' stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

L'Istituto, con Delibera del Direttore Generale n. 745 del 23 novembre 2017 avente ad oggetto: "Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico", ha adottato un apposito Regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

Trasparenza e Privacy

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



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

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

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

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

Altre azioni

Avuto riguardo alla necessità di scongiurare indebiti utilizzi del materiale sanitario, specie per quanto concerne la somministrazione dei medicinali, si rende opportuno adottare opportune misure che consentono la tracciabilità degli stessi, individuando quale idonea misura quella dell'acquisto e fornitura alle singole strutture di *armadietti intelligenti*, capaci di determinare la tracciabilità dei prodotti farmaceutici dalla loro presa in carico dalla Farmacia dell'Istituto al loro utilizzo.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2025	Responsabile
Tracciabilità dei prodotti farmaceutici	Da attuare entro il 31/12/2025	Acquisto c.d. armadietti intelligenti	Si	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici

4.2. Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

La valorizzazione del capitale umano in Istituto è attuata mediante le seguenti modalità:

- **monitoraggio** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse Umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle cessazioni a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per



mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;

- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- **assegnazione di borse di studio**, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso.