

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2023-2025

Sommario

1	Premessa.....	3
2	Sezione I - Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	6
3	Sezione II - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....	7
3.1	Valore pubblico - obiettivi di benessere.....	7
3.2	Performance	9
3.2.1	Introduzione	9
3.2.2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni.....	12
3.2.3	La programmazione sanitaria 2023	28
3.2.4	Ricerca Corrente	34
3.2.5	Gli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.).....	36
3.2.6	Piano della Performance	38
3.3	Rischi corruttivi e trasparenza	47
3.3.1	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	47
3.3.2	Misure di prevenzione 2023	47
3.3.3	Elenco degli obblighi di pubblicazione.....	47
4	Sezione III – Organizzazione e Capitale Umano.....	48
4.1	Organizzazione	48
4.2	Risorse Umane.....	49
4.3	Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)	50
4.4	Formazione	50
5	Sezione IV – Monitoraggio.....	51

1 Premessa

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - previsto dall'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Lex n. 113/2021 - rappresenta un "testo unico" della programmazione, diretto a produrre un piano unico di governance dell'ente ed è redatto per garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificandone i processi.

Il D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022, ha individuato gli adempimenti relativi ai Piani/documenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha definito successivamente il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente, con esso si vuole enfatizzare il valore pubblico generato, le cause e gli effetti che i meccanismi di programmazione e di pianificazione sono in grado di produrre e si vuole altresì delineare un filo conduttore comune tra i diversi ambiti di programmazione.

In attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha messo a disposizione delle amministrazioni, a partire dal 1° luglio 2022, un Portale dedicato al Piano integrato di attività e organizzazione, denominato "Portale PIAO", che consente alle pubbliche amministrazioni il caricamento e la pubblicazione del Piano oltre che la consultazione dei documenti di programmazione da parte di tutti i cittadini.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato i piani previsti dalla normativa vigente relativi a performance, fabbisogni di personale, formazione, lavoro agile, prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il PIAO, infatti, sostituisce i diversi documenti programmatici:

- il Piano triennale delle performance;
- il POLA e il piano della formazione;
- il Piano triennale del fabbisogno del personale;
- il Piano anticorruzione.

Con riferimento alla struttura del documento, coerentemente con le linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il presente Piano si sviluppa nelle seguenti 4 sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, contenente i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. **Organizzazione e capitale umano**, dove è presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
4. **Monitoraggio**, dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Il presente documento è stato redatto nel mese di marzo 2023 in cui la programmazione annuale aziendale non può considerarsi completata per le motivazioni di seguito descritte:

1. L'Istituto non ha adottato il Bilancio Economico Preventivo 2023 in quanto non è stato ancora assegnato il riparto del Fondo Sanitario Regionale provvisorio 2023 da parte della Regione Basilicata;

2. è in corso la procedura di selezione per il nuovo Direttore Generale dell'Istituto; al momento la rappresentanza legale e la governance dell'Istituto è affidata al Commissario Straordinario, Dr.ssa Sabrina Pulvirenti, nominato con DGR n. 687 del 18.10.2022;
3. è, altresì, in itinere la procedura di selezione per il nuovo Direttore Scientifico ex DGR n. 606 del 26.10.2022, a seguito delle dimissioni del precedente Direttore.

Il D.Lgs n.200 del 23/12/2022, pubblicato in G.U. n.304 del 30/12/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" ha introdotto numerose novità e adempimenti.

Le modifiche più rilevanti che impattano direttamente sulle tematiche del PIAO introdotte dal suddetto Decreto sono le seguenti:

- ART.1 comma 2:

2. All'articolo 1, dopo il comma 1, sono inseriti i seguenti: «1-bis. Gli IRCCS comunicano, **entro il 31 marzo 2023 al Ministero della salute** e alla regione interessata, l'afferenza ad una o più aree tematiche di cui all'allegato 1, parte integrante del presente decreto, sulla base della specializzazione disciplinare oggetto del rispettivo riconoscimento scientifico.

- ART.3 comma 1

1-bis. Gli istituti di cui al comma 1, entro il **31 marzo 2023** adeguano gli statuti o i regolamenti di organizzazione e funzionamento in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria e nel rispetto dell'autonomia regionale, in modo da garantire il coordinamento delle attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza. Gli statuti o i regolamenti di organizzazione e funzionamento prevedono altresì che il direttore scientifico sia supportato dalla struttura amministrativa dell'IRCCS, e che tutti i componenti degli organi di governo siano in possesso di un diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999 n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale e di comprovata esperienza e competenza in campo amministrativo, economico, finanziario, medico o biomedico, assicurando l'assenza di conflitti d'interesse.

- ART. 4 comma 6

5-bis. Gli Istituti, nel rispetto della legge 31 maggio 2022, n. 62, garantiscono che l'attività di ricerca e cura si conformi ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello internazionale. Essi pubblicano tutti i dati e le fonti della ricerca in modo veritiero e oggettivo, al fine di consentire la verifica e la riproducibilità, con specifico riferimento al mantenimento dei dati utilizzati. A tal fine, per garantire la valutazione dell'attività scientifica, anche con riguardo agli effetti di quest'ultima sulla salute della popolazione, **utilizzano indicatori di efficacia ed efficienza della qualità dell'attività di ricerca riconosciuti a livello internazionale. Gli Istituti adottano e aggiornano periodicamente un codice di condotta** per l'integrità della ricerca. Il personale in servizio presso gli IRCCS è tenuto ad aderire ad un codice di condotta che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition.

- ART. 8

All'articolo 15, comma 1, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, le parole «due anni» sono sostituite dalle seguenti: **«quattro anni»**.

- ART. 10 comma 2

2. **Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore** del presente decreto legislativo, ai sensi del comma 423 della legge n. 205 del 2017, gli IRCCS **ridefiniscono gli atti aziendali di organizzazione** prevedendo una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca e definiscono quote riservate, da destinare al personale della ricerca sanitaria, assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. **Gli IRCCS entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo nell'ambito dei posti della dotazione organica del personale**, definiscono il numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria.

- ART 12 comma 3

Le reti tematiche IRCCS già istituite alla data di entrata in vigore del presente decreto **si adeguano entro il 31 agosto 2023** alle disposizioni di cui all'articolo 4, dal comma 3-bis al comma 3-septies del presente decreto.

- ALLEGATO 3 comma 1

1)_b) per le lettere e) ed f) del comma 3, **sono individuati i seguenti standard di benchmarking ricavabili dai sistemi bibliometrici internazionali (SCOPUS, Incites)** riferiti a:

1. Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno con le soglie di 500 punti/anno per tutte le aree tematiche ad esclusione di Pediatria, Ematologia ed Immunologia, Geriatria, Malattie infettive, per le quali la soglia e' di 700 punti/anno, e delle aree di Neurologia, Oncologia e Cardiologia-Pneumologia per le quali la soglia viene fissata a 900 punti di IFN/anno;
2. «Field Weight Citation» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea;
3. «% International Collaboration» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea;
4. «% National Collaboration» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea.

2 Sezione I - Scheda anagrafica dell'amministrazione

Amministrazione	Ircs – Crob
Sede legale	Via Padre Pio, 1 – 85028 Rionero in Vulture (PZ)
C.F.	93002460769
P.IVA	01323150761
Pec	crob@pec.crob.it
Sito Istituzionale	www.crob.it
Contatti telefonici	Tel. 0972-726111 Fax. 0972-723509
Codice IPA	ircs_ba

3 Sezione II - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

Un ente crea Valore pubblico quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive di benessere rispetto alla loro baseline e quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, ottimizza le risorse e migliora le performance di efficienza ed efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti.

Si crea Valore Pubblico altresì, quando si riescono a gestire, secondo economicità, le risorse che si hanno a disposizione e si soddisfano le esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Pertanto, la generazione di Valore pubblico si realizza grazie a un mix equilibrato di economicità ed efficienza, in cui si pone una forte attenzione all'incremento di benessere degli utenti e alle modalità con cui si riescono a gestire le risorse disponibili.

Tanto premesso la sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione definisce i risultati da realizzare coerentemente agli obiettivi di programmazione finanziaria adottati dall'Istituto.

3.1 Valore pubblico - obiettivi di benessere

L'IRCCS CROB utilizza il proprio patrimonio, tangibile ed intangibile, al fine di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini nel rispetto della dignità della persona, attuando percorsi clinico assistenziali appropriati e attività di ricerca biomedica, offrendo risposta ai fabbisogni di alta complessità in oncologia sia sul piano assistenziale che su quello della ricerca. L'Istituto svolge attività di ricerca in campo biomedico articolata in ricerca di base, clinica e traslazionale.

Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, l'Istituto ha le seguenti ulteriori finalità:

- funzione di Hub della Rete oncologica Regionale (ROB) nonché di unico coordinamento ed indirizzo attraverso i propri Gruppi Oncologici Multidisciplinari delle prestazioni di cura diretta ai pazienti oncologici lucani e non, presenti sull'intero territorio regionale; la rete oncologica ha l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, la presa in carico globale dell'assistito, l'efficienza operativa e l'efficacia complessiva degli esiti sulla salute;
- il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito oncologico, confermandosi punto di riferimento per il sistema sanitario regionale e puntando a diventare punto di riferimento in ambito nazionale;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata, missione definita come tutela della salute nella sua globalità;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale anche tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete;
- la partecipazione alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi nel settore oncologico;
- la promozione e realizzazione dei programmi di screening oncologici mammario, della cervice-uterina e del colon-retto;

- la gestione del Registro Regionale dei Tumori;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del S.S.R. e le Università;
- la valorizzazione della didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie oncologiche;
- lo svolgimento di attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con le Università e con altre istituzioni nazionali ed internazionali;
- la sperimentazione e verifica di forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post-laurea.

L'Istituto persegue inoltre, l'obiettivo istituzionale della tutela della salute promuovendo un processo di equità sociale nelle cure, gestendo le patologie oncologiche con un approccio multidisciplinare e garantendo, altresì, la sostenibilità economica della propria azione, a tal fine tutti gli operatori dell'Istituto sono chiamati a definire le priorità delle azioni finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute nei limiti delle risorse economiche disponibili.

Il servizio erogato dall'Istituto si caratterizza per l'impegno all'umanizzazione in ogni fase dell'iter assistenziale, al fine di prendersi cura della persona malata, nel rispetto integrale della sua dignità, dei suoi bisogni, della sua sofferenza e della sua speranza.

L'appropriatezza è riferita alla valutazione degli atti medici in relazione alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili. Generalmente, si distingue l'appropriatezza clinica dall'appropriatezza organizzativa. L'appropriatezza clinica è rivolta alla valutazione medico-tecnica di specifici interventi o procedure; in particolare, si valuta se i benefici attesi per il soggetto sono superiori agli eventuali effetti avversi.

L'appropriatezza organizzativa riguarda, invece, il livello di assistenza e comporta, pertanto, la valutazione sull'appropriatezza delle soluzioni organizzative, ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate.

Pertanto, nel contesto dell'appropriatezza, le scelte organizzative e operative sono orientate alla ricerca sistematica di prestazioni sanitarie efficaci, all'ottimizzazione del rapporto efficacia-costi e alla definizione delle priorità sociali da perseguire. Conseguentemente, la prestazione è considerata appropriata se viene percepita come "la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta".

L'Istituto si adopera per produrre azioni efficaci mediante:

- prestazioni sanitarie idonee a raggiungere determinati obiettivi di salute. L'efficacia è data dal rapporto tra i risultati finali, in termini di miglioramento della salute attribuibile alle prestazioni sanitarie erogate (outcome) e le prestazioni stesse (output);
- azioni che producano i migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero azioni che determinino gli stessi risultati con un minore impiego di risorse, l'efficienza è infatti determinata dal rapporto tra le prestazioni prodotte (output) e le risorse impiegate per produrlo (input).

L'impegno primario dell'Istituto è il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni del paziente con il quale vuole costruire un rapporto di fiducia basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo sia sanitario attribuendo al benessere del paziente una posizione di centralità nel processo di cure.

L'Istituto, pertanto, si impegna a mantenere standard professionali di elevato valore tecnico, etico e professionale, assicurando cure di qualità, garantendo tempestività ed appropriatezza delle cure.

Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e, se necessario, migliorati. Qualità è anche innovazione, l'implementazione di ogni progetto di cambiamento è accompagnata dal monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni.

3.2 Performance

3.2.1 Introduzione

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali, a quelli intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Istituto, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

È redatto ai sensi dell'articolo 10 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

La programmazione del ciclo della performance prende avvio alla fine dell'anno precedente all'esercizio di budget con l'analisi di eventuali aggiornamenti relativi ai seguenti documenti di programmazione e indirizzo nazionale e/o regionale:

- D.Lgs 23 dicembre 2022 n.200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico";
- Patto per la Salute Nazionale definito in sede di Conferenza delle Regioni;
- Piano Oncologico Nazionale;
- Piano Nazionale Screening;
- Piano Socio Sanitario Regionale;
- Patto per la Salute – Obiettivi di Salute e di programmazione economico-finanziaria per i Direttori delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IRCCS.

La Direzione Aziendale, inoltre, recepisce le indicazioni del Consiglio di Indirizzo e Verifica e le direttive di programmazione economico finanziaria da parte dei competenti uffici regionali e, facendole proprie, individua le azioni strategiche e definisce lo scenario dell'anno successivo sulla base delle risorse e del modello di sviluppo dell'Istituto nell'ambito del sistema sanitario regionale. Tale pianificazione è un'attività inquadrata nell'ambito di una progettualità pluriennale, che costituisce il processo attraverso il quale si definiscono le finalità dell'organizzazione, la natura generale delle attività necessarie per raggiungerle, gli obiettivi da conseguire, le principali linee strategiche progettate, le risorse necessarie e le ricadute operative ed economiche per l'Istituto.

In tale ambito si colloca la predisposizione dei seguenti documenti di programmazione:

- Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale;
- Il Piano degli Investimenti;
- Il Programma Biennale Beni e Servizi;
- Il Budget Generale annuale e triennale;
- Il Programma triennale delle opere pubbliche;
- Il Bilancio economico preventivo annuale e pluriennale.

Sulla base di queste premesse, il processo di gestione e valutazione della performance viene formalizzato attraverso la produzione dei seguenti documenti di supporto:

- **Piano delle Performance:** documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno a scorrimento, inserito come Sezione 2 del PIAO e di norma, salvo proroghe, approvato con deliberazione entro il 31 gennaio. Contiene l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie per il triennio, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.
- **Budget dei Centri di Responsabilità (CdR):** individua, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate. Al termine della fase di negoziazione, le schede di budget sono approvate con deliberazione (Budget operativo annuale).
- **Schede di valutazione individuale:** raccolgono, in un unico documento, gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività sia alle progressioni orizzontali.
- **Relazione sulla Performance:** documento redatto, ai sensi del D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. La Relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La performance si distingue in:

- **organizzativa**, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;
 - **individuale**, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti.
- Coerentemente con l'impostazione del quadro normativo la valutazione dei risultati e delle prestazioni aziendali e individuali si articola in un processo direzionale a "cascata" per l'intera struttura organizzativa aziendale e consente di valutare l'apporto dei singoli dipendenti attraverso l'analisi dei comportamenti organizzativi e delle capacità professionali.

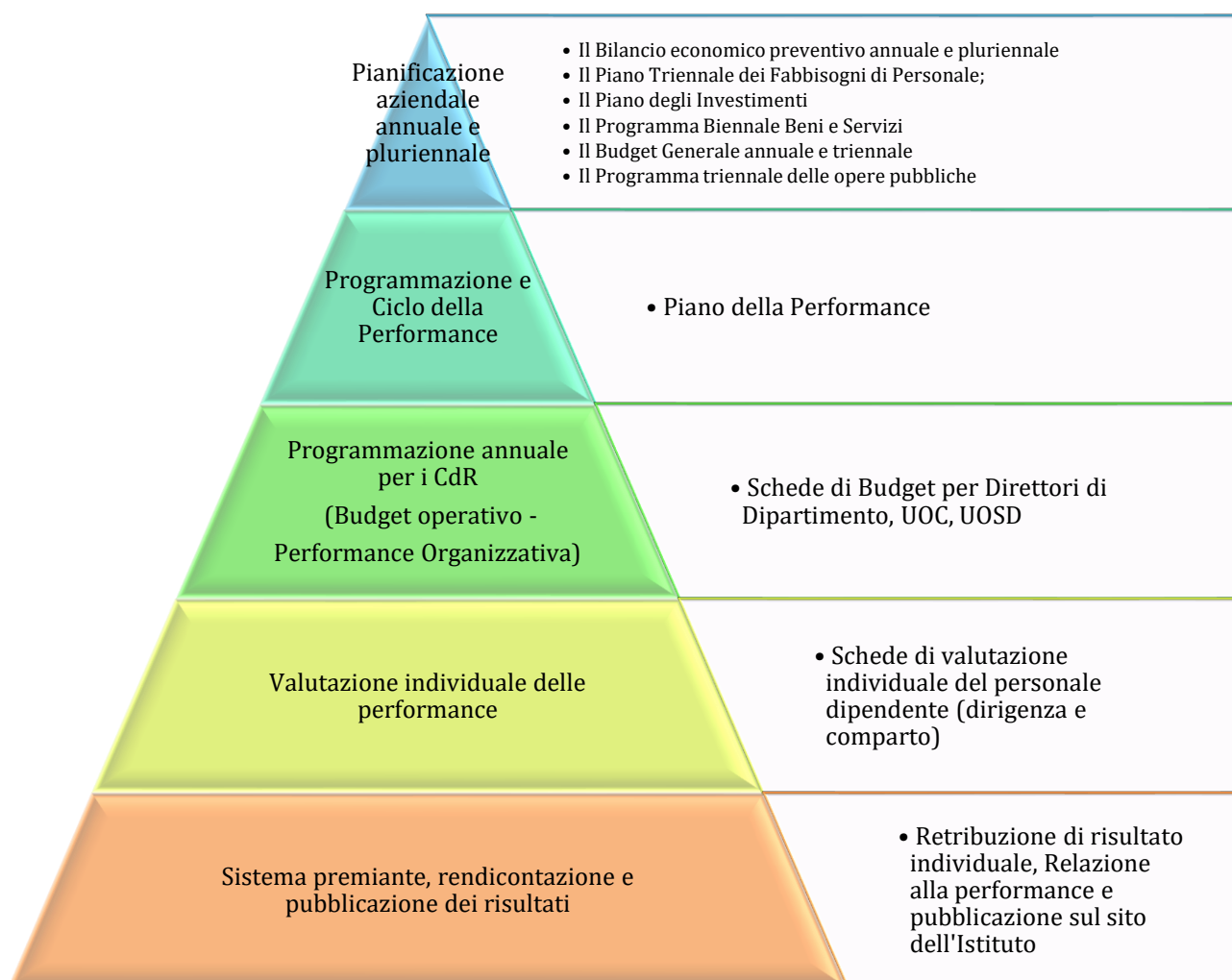
Il Piano delle Performance viene elaborato pertanto in base agli indirizzi fondamentali e le traiettorie di sviluppo definite dal Ministero della Salute e dalla Regione Basilicata, agli obiettivi di mandato per il Direttore Generale, agli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Basilicata, agli indirizzi elaborati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) integrati con esigenze di direzione aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno.

L'insieme di questi elementi sono tradotti in obiettivi aziendali, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi gestionali (budget operativo) assegnati a ciascun responsabile di Centro di Responsabilità in modo da garantire il raccordo tra pianificazione regionale, aziendale e la programmazione annuale.

Il processo di budget descritto permette di assegnare a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi.

Infine, il processo aziendale di valutazione individuale delle performance consente di valutare il contributo del singolo dipendente, grazie alla scheda di valutazione individuale o alla valutazione degli obiettivi individuali assegnati.

Le fasi di pianificazione e programmazione aziendale vengono schematizzate come nella figura seguente che illustra i diversi livelli, dando evidenza dei principali corrispondenti documenti approvati dall'Istituto ai sensi della normativa vigente:



Il *Piano delle Performance* costituisce lo strumento programmatico per la negoziazione del budget aziendale con i nuovi Centri di Responsabilità.

3.2.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

3.2.2.1 Chi siamo

Il “Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata”, con sede in Rionero in Vulture, è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di rilevanza nazionale, riconosciuto con decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 (G.U. n.71 del 25-3-2008). Il carattere scientifico del CROB è stato successivamente confermato con Decreto del Ministro della Salute del 19.3.2013 (G.U. n.79 del 04.04.2013) e riconfermato con Decreti Ministeriali del 09.12.2015 (G.U. n. 7 del 07.01.2016), del 26 novembre 2018 (G.U. n. 39 del 15.02.2019) e da ultimo con Decreto ministeriale del 9 giugno 2022 (G.U. n. 155 del 05.07.2022).

L'Istituto è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del D.lgs 16 ottobre 2003, n. 288 (*“Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico”*, a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3), recentemente modificato e integrato con il D.lgs n. 200 del 23.12.2022, persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

3.2.2.2 Cosa facciamo

L'IRCCS CROB, caratterizzato per la natura mono-specialistica in oncologia e per l'integrazione ad alto livello qualitativo tra assistenza e ricerca, si propone di dare soddisfazione, secondo quanto previsto dalle leggi nazionali e regionali, ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, non solo lucani, nel rispetto della dignità della persona e in condizioni di sicurezza, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, attuando al meglio i percorsi clinico-assistenziali appropriati e le attività di ricerca di eccellenza.

L'Istituto svolge la propria attività di assistenza nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e nazionale, erogando prestazioni di ricovero e cura di alta qualificazione a pazienti affetti da patologia oncologica e impegnandosi nella definizione delle strategie operative più adeguate a soddisfare in modo ottimale le esigenze clinico assistenziali della persona malata. Si colloca come polo di offerta oncologica nazionale ad altissima qualità offrendo risposta ai fabbisogni di alta complessità nell'area dell'oncologia sia sul piano assistenziale, sia soprattutto su quello della ricerca.

Infatti, accanto alle attività strettamente assistenziali l'Istituto sviluppa e si auspica maggiormente svilupperà nel prossimo futuro, un'intensa attività di ricerca in campo biomedico articolata in ricerca di base, traslazionale e clinica.

L'attività di ricerca è definita, indirizzata e coordinata dal Direttore Scientifico, in coerenza con gli indirizzi strategici indicati dal Comitato tecnico, dall'Advisory board e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con gli obiettivi programmatici dell'Istituto.

In particolare, l'Istituto programma la propria attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria, come previsto dall'art. 12 bis comma 5 del D.Lgs. n. 229/199, e con gli atti di programmazione regionale in materia. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di **ricerca corrente** e di **ricerca finalizzata**.

La **ricerca corrente**, diretta a sviluppare le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica, è attuata tramite programmazione triennale con progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali e dei soggetti istituzionali pubblici e privati, la cui attività di ricerca è stata riconosciuta

dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici. Le attività di ricerca corrente dell'Istituto sono organizzate in due linee che raggruppano progetti clinici e traslazionali. Esse sono:

- **Linea di ricerca n. 1:** Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione e la caratterizzazione di approcci terapeutici innovativi in oncologia (responsabile: dott. Michele Aieta);
- **Linea di ricerca n. 2:** Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione di nuovi biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi in oncologia (responsabile: dott. Giovanni Storto);
- **Linea di ricerca n. 3:** Nuovi modelli organizzativi: presa in carico del paziente, multidisciplinarietà, telemedicina e integrazione con il territorio in oncologia (responsabile: dott.ssa Giulia Vita);

La **ricerca finalizzata** attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano Sanitario Nazionale. I finanziamenti per la ricerca finalizzata sono allocati attraverso **bandi competitivi** tramite i quali il Ministero della Salute invita alla presentazione di progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica, prevalentemente traslazionale.

L'Istituto aderisce alla Rete degli IRCCS oncologici italiani "Alleanza contro il cancro" (ACC), con la quale condivide progetti di ricerca traslazionale nell'ambito dei tumori polmonari, del colon e della mammella.

L'Istituto è accreditato OEI (Organisation of European Cancer Institutes) con il riconoscimento di Clinical Cancer Center. Inoltre, è insignito di tre Bollini Rosa, assegnati dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, come ospedale che offre servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza femminile.

Infine, il 29 novembre 2017, il CROB ha aderito alla costituzione della rete **AMORE**.

AMORE è l'acronimo di Alleanza Mediterranea Oncologia in Rete, sottoscritta dai 3 principali IRCCS oncologici del Mezzogiorno: l'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto Tumori di Bari Giovanni Paolo II e il CROB di Rionero in Vulture. L'alleanza nasce come evoluzione delle esigenze dei tre Istituti che perseguono le stesse finalità di IRCCS e di *Clinical Cancer Center* riconosciuti dall'*OEI (Organisation of European Cancer Institutes)*.

3.2.2.3 La Vision

Le direttrici su cui l'Istituto basa la propria *Vision* possono essere così sintetizzate:

✓ **la centralità del paziente e dei suoi bisogni: l'umanizzazione delle cure**

I temi della centralità della persona malata (e dei propri familiari) e dell'umanizzazione delle cure rappresentano per l'Istituto principi inderogabili nello svolgimento della missione aziendale, da sviluppare con un insieme di azioni coordinate e finalizzate a migliorare "l'esperienza complessiva del paziente" che non è solo legata all'accoglienza e ai risultati clinici, ma è anche legata al soddisfacimento dei suoi bisogni in modo che si senta al centro di un piano di cura coordinato e condiviso, protagonista attivo e consapevole nei processi sanitari che lo interessano per stabilire una "alleanza terapeutica" con il team degli operatori che lo ha in cura. A tal fine sono promossi modelli organizzativi flessibili che, superando la tradizionale organizzazione per Unità operative, attraverso un approccio multidisciplinare e la definizione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), possano pervenire al miglior risultato possibile, anche con l'obiettivo di garantire la continuità delle cure ospedale-territorio.

✓ **il perseguimento dell'eccellenza delle cure**

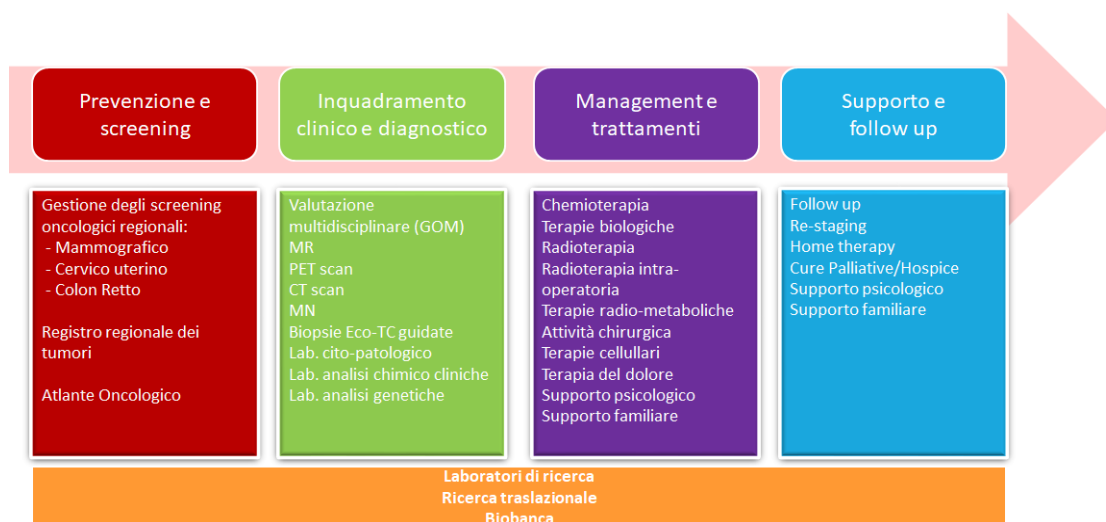
Il perseguimento dell'eccellenza è orientato al confronto sistematico con le altre realtà regionali, nazionali ed internazionali ed è sostenuto dall'introduzione di tecnologie innovative per garantire, tra l'altro, l'eccellenza delle prestazioni strumentali diagnostiche e terapeutiche nonché quelle di supporto alle decisioni cliniche.

✓ **il rafforzamento del sistema di quality assurance**

L'Istituto sostiene lo sviluppo del sistema di qualità e del risk management, sia in termini di professionisti che di strutture, coinvolgendo la maggior parte dei dipendenti e delle figure professionali di supporto alle cure nonché le associazioni di pazienti e di tutela dei loro diritti, nell'ottica di *empowerment* del paziente (coinvolgimento attivo nel percorso diagnostico-terapeutico). L'Istituto promuove un sistema di controllo in grado di perseguire azioni strategiche passando dal mero *government* (la logica dei divieti e delle regole) alla *governance* (costruzione del consenso per attuare la politica sanitaria attraverso la responsabilità e la cultura dell'apprendimento a tutti i livelli). Pilastri di questa strategia sono i riferimenti alla medicina basata sull'evidenza (EBM) e all'assistenza sanitaria basati sull'evidenza (EBHC), nonché l'Health Technology Assessment (HTA) e la gestione della proprietà intellettuale.

✓ **Approccio multidisciplinare alla malattia tumorale e continuous care**

L'Istituto persegue il modello di presa in carico del paziente secondo un approccio multidisciplinare omnicomprensivo rispetto ai bisogni del paziente.



Tale modello comprende:

- la prevenzione con gestione e coordinamento degli screening oncologici ed il Registro Tumori Regionale;
- l'inquadramento clinico-diagnostico, con i servizi organizzati in *team organizzativi*;
- il management e trattamenti, con integrazione e personalizzazione di terapie chirurgiche, mediche e radianti;

- il supporto e *follow up* per il monitoraggio domiciliare di pazienti in remissione e la presa in carico di coloro che necessitano di cure palliative.

L'approccio multidisciplinare garantisce, inoltre, l'ottimale gestione del paziente nel tempo anche attraverso il coinvolgimento di operatori di cure palliative e di supporto non esclusivamente in ambiente ospedaliero.

3.2.2.4 Come operiamo

L'Istituto, in qualità di ente pubblico, fonda la propria attività su criteri di efficacia, efficienza, trasparenza e integrità nella gestione. L'efficacia gestionale è perseguita sia attraverso l'assegnazione di obiettivi raggiungibili e coerenti con le risorse assegnate, sia attraverso l'utilizzo di meccanismi di partecipazione e coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni all'Istituto, che hanno contribuito fortemente alla diffusione della cultura della trasparenza. L'efficienza gestionale è perseguita mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione per lo svolgimento delle attività, mentre, l'economicità di gestione è perseguita attraverso una maggiore ottimizzazione dei costi.

Una delle potenzialità di miglioramento dell'attività clinica prevede il passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sull'efficienza ad una più orientata all'efficacia, all'outcome, attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico/terapeutici/assistenziali interdisciplinari in grado di permettere la vera e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter, favorevole o meno che esso sia. L'organizzazione per processi e la definizione dei percorsi come standard di riferimento per lo sviluppo delle attività aziendali e come modo d'essere dell'azienda, rappresentano strumenti indispensabili per governare la domanda di prestazioni sanitarie (siano esse specialistiche ambulatoriali o di ricovero), per incidere sull'appropriatezza del ricorso alle prestazioni sanitarie, dell'uso delle risorse disponibili e anche sul tasso di ospedalizzazione.

L'adozione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) permette di:

- Migliorare la qualità dell'assistenza;
- Ridurre i rischi;
- Migliorare la soddisfazione dei pazienti;
- Favorire l'uso efficiente delle risorse.

In tale ottica la Direzione Generale dell'Istituto ha sviluppato i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie trattate:

- Neoplasia polmonare;
- Neoplasie della mammella;
- Sarcomi;
- Neoplasie del colon retto;
- Carcinoma alla prostata;
- Cervice uterina;
- Melanoma maligno e tumori maligni della pelle;
- Valutazione Cure palliative e simultanee.

I percorsi sopra riportati sono da tempo prassi consolidata all'interno dell'Istituto e come tali rispettati al fine di garantire al paziente la massima qualità nei livelli di assistenza. I PDTA sono sottoposti ad aggiornamenti periodici per adeguarli a nuove linee guida internazionali che consentono un miglioramento complessivo della qualità. I PDTA sono stati elaborati con una logica di assoluta trasversalità e sono frutto di una pianificazione condivisa da tutte le articolazioni organizzative interessate al percorso clinico assistenziale.

I PDTA, dopo la validazione del Direttore Sanitario e la definitiva approvazione da parte della Direzione Generale, vengono pubblicati e resi attuabili sotto la responsabilità del Direttore Sanitario, dei Direttori di Dipartimento e delle UU.OO. cointeressate all'*outcome* finale. I PDTA costituiscono pertanto documenti fondamentali del sistema di pianificazione e gestione della qualità dell'Istituto ed in quanto tali sono sottoposti a gestione controllata ed aggiornamento periodico.

3.2.2.5 Organizzazione aziendale

La Direzione Aziendale dell'Istituto, ha definito ed approvato il proprio Atto Aziendale con delibera del DG n. 2021/129 del 12/03/2021. L'Atto aziendale è stato successivamente approvato con DGR n.502 del 21/06/21. In attesa degli adeguamenti all'organizzazione aziendale previsti dal decreto di riordino degli IRCCS, D.Lgs del 23/12/2022 n.200, i Centri di Responsabilità dell'Istituto assegnatari di budget nell'anno 2023 sono i seguenti:

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVE
DIPARTIMENTO DELLA DIREZIONE SANITARIA	UOC Registro tumori regionale, epidemiologia clinica e biostatistica
	UOC Programmazione e governo clinico, internal audit e monitoraggio performance
	UOSD Coordinamento attività e gruppi oncologici multidisciplinari
	UOSD Farmacia
	UOSD Psico-Oncologia
DIPARTIMENTO DI MEDICINA ONCOLOGICA E TRASLAZIONALE	UOC Oncologia Medica
	UOC Ematologia e trapianto di cellule staminali
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E TRASLAZIONALE	UOC Anestesia e rianimazione e Terapia del dolore
	UOC Chirurgia Senologica
	UOC Chirurgia addominale e mininvasiva
	UOC Chirurgia toracica
	UOC Chirurgia plastica e ricostruttiva
	UOSD Endoscopia
	UOSD Chirurgia onco-ginecologica
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	UOC Anatomia Patologica (SIC con SAN CARLO)
	UOC Diagnostica per immagini
	UOSD Diagnostica senologica
	UOC Laboratorio analisi cliniche
	UOC Medicina Nucleare
	UOC Radioterapia
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	UOC Affari generali e personale
	UOC Gestione tecnico-patrimoniale
	UOSD Controllo di gestione e ICT

3.2.2.6 Risorse, efficienza ed economicità

La programmazione economico-finanziaria per il triennio 2023-2025 non è stata approvata in quanto non è stato ancora assegnato il riparto del Fondo Sanitario Regionale provvisorio 2023 da parte della Regione Basilicata.

Nelle more della definizione ed approvazione del Bilancio economico preventivo è stato assegnato alle diverse organizzazioni aziendali un budget semestrale provvisorio equivalente al corrisponde valore del 2022.

Tuttavia, sono stati approvati i seguenti atti di programmazione:

- Del. n. 4/2023 adozione del programma triennale dei lavori pubblici 2023-2025;
- Del. n. 11/2023 adozione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi 2023 - 2024;
- Del. n. 91/2023 “D.Lgs. n. 200 del 23/12/2022 – integrazione piano dei fabbisogni”;
- Del. n. 651/2022 “DGR di Basilicata n. 2022/818 del 1/12/2022 - Approvazione piano triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025 - presa d’atto - adozione definitiva”;
- Del. n.650/2022 “DGR di Basilicata n. 2022816 del 1/12/2022- Approvazione piano adeguamento al piano triennale di fabbisogno di personale 2022-2024 relativo all’anno 2022 adottato in via provvisoria con Delibera n. 590/2022 di integrazione della Delibera n. 574/2022- presa d’atto.

La previsione del fabbisogno annuo di prodotti farmaceutici ed emoderivati per l'anno 2023 è stata calcolata in base all’analisi della spesa di prodotti farmaceutici nel 2022 e alle indicazioni ricevute dai Direttori di Dipartimento ed alla programmazione delle attività sanitarie.

La previsione di spesa prevede un valore complessivo pari a euro 10.799.638 suddiviso per Centro di Responsabilità come di seguito riportato:

Dipartimento	CdC	Pre consuntivo consumi F 2022	Previsione consumi F 2023	incremento
Dip. Direzione Sanitaria	DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	€ 2.651	€ 2.651	0%
Dip. Direzione Sanitaria	SCREENING	€ 7.511	€ 7.511	0%
Dip. Direzione Sanitaria	NEFROLOGIA E DIALISI	€ 140.513	€ 140.513	0%
Dip. Medico	EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI	€ 2.975.267	€ 2.975.267	0%
Dip. Medico	ONCOLOGIA MEDICA	€ 5.675.341	€ 5.675.341	0%
Dip. Medico	HOSPICE	€ 40.825	€ 40.825	0%
Dip. Medico	CARDIO-ONCOLOGIA	€ 627	€ 627	0%
Dip. Chirurgico	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 85.427	€ 85.427	0%
Dip. Chirurgico	TERAPIA DEL DOLORE	€ 41.408	€ 41.408	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI INVASIVA	€ 28.971	€ 20.279	-30%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	€ 11.307	€ 12.438	10%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA SENOLOGICA	€ 8.683	€ 8.683	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA TORACICA	€ 25.212	€ 25.212	0%
Dip. Chirurgico	UROLOGIA	€ 5.643	€ 5.643	0%
Dip. Chirurgico	ENDOSCOPIA DISGESTIVA	€ 5.505	€ 5.505	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA ONCO GINECOLOGICA	€ 144	€ 144	0%
Dip. dei Servizi	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 214.172	€ 214.172	0%
Dip. dei Servizi	LABORATORIO ANALISI CLINICHE	€ 1.164	€ 1.164	0%
Dip. dei Servizi	MEDICINA NUCLEARE	€ 1.419.776	€ 1.490.765	5%
Dip. dei Servizi	RADIOTERAPIA	€ 10.418	€ 10.418	0%
Dip. Amministrativo	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	€ 35.646	€ 35.646	0%
IRCCS CROB		€ 10.736.210	€ 10.799.638	

Gli incrementi economicamente più significativi sono previsti per il Dipartimento dei Servizi e sono correlati proporzionalmente alla stima di esami PET aggiuntivi rispetto a quelli eseguiti nel 2022. Per le altre UU.OO. l'incremento dei consumi è proporzionato all'incremento o al decremento delle attività prevista.

La stima dei volumi di attività per il 2023 relativi alla chirurgia addominale è condizionata dalla temporanea assenza dell'incarico di struttura complessa per cui è prevista una nuova procedura concorsuale nei prossimi mesi per sostituire il Direttore dimissionario.

La previsione del fabbisogno annuo di dispositivi medici per l'anno 2023 è stata calcolata in base all'analisi della spesa dei presidi medici nel 2022, e alle indicazioni ricevute dai Direttori di Dipartimento ed alla programmazione delle attività sanitarie.

La previsione di spesa prevede un valore complessivo pari a euro 4.233.327 suddiviso per Centro di Responsabilità come di seguito riportato:

Dipartimento	CdC	Pre consuntivo consumi P 2022	Previsione consumi P 2023	incremento
Direzione Scientifica (Strutture di staff)	BIOBANCA	€ 29.418,10	€ 34.076,42	0%
Dip. Direzione Sanitaria	DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	€ 27.802,34	€ 32.204,80	0%
Dip. Direzione Sanitaria	SCREENING	€ 148.389,93	€ 171.887,26	0%
Dip. Direzione Sanitaria	NEFROLOGIA E DIALISI	€ 108.136,75	€ 125.260,05	0%
Dip. Medico	EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI	€ 14.324,14	€ 16.592,35	0%
Dip. Medico	ONCOLOGIA MEDICA	€ 185.994,99	€ 215.447,03	0%
Dip. Medico	HOSPICE	€ 21.300,92	€ 24.673,89	0%
Dip. Medico	CARDIO-ONCOLOGIA	€ 4.633,33	€ 5.367,02	0%
Dip. Chirurgico	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 120.179,30	€ 139.209,52	0%
Dip. Chirurgico	TERAPIA DEL DOLORE	€ 21.529,67	€ 24.938,86	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI INVASIVA	€ 283.235,95	€ 229.660,16	-30%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	€ 148.591,36	€ 189.332,64	10%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA SENOLOGICA	€ 85.832,92	€ 99.424,43	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA TORACICA	€ 449.346,83	€ 520.500,24	0%
Dip. Chirurgico	UROLOGIA	€ 93.220,27	€ 107.981,56	0%
Dip. Chirurgico	ENDOSCOPIA DISGESTIVA	€ 149.672,21	€ 173.372,58	0%
Dip. Chirurgico	CHIRURGIA ONCO GINECOLOGICA	€ 10.644,47	€ 12.330,01	0%
Dip. dei Servizi	ANATOMIA PATOLOGICA	€ 568.022,42	€ 657.967,94	0%
Dip. dei Servizi	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 122.562,79	€ 141.970,43	0%
Dip. dei Servizi	LABORATORIO ANALISI CLINICHE	€ 1.069.558,77	€ 1.238.921,84	0%
Dip. dei Servizi	MEDICINA NUCLEARE	€ 30.285,39	€ 36.835,09	5%
Dip. dei Servizi	RADIOTERAPIA	€ 30.529,37	€ 35.363,66	0%
Dip. Amministrativo	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	€ 7,75	€ 8,97	0%
IRCCS CROB		€ 3.723.219,97	€ 4.233.326,72	

3.2.2.7 I dati di attività sanitaria 2022 e previsioni di budget 2023

Al fine di consentire un quadro completo dell'attività assistenziale dell'Istituto, nelle pagine successive viene fornita una sintesi dei principali dati di attività sanitaria dell'anno 2022 nonché la previsione di budget sviluppata per il 2023. I dati rappresentati, relativi al 2022, non sono ancora definitivi in quanto sono ancora in corso le attività di verifica di tutti i flussi informativi (ricoveri, specialistica, hospice, Flusso F) da parte dei competenti uffici regionali. Inoltre, i ricavi di specialistica ambulatoriale sono parziali in quanto non ancora disponibili i consuntivi relativi alle prestazioni rese ad altre aziende del SSR.

L'attività sanitaria del 2022 seppur ancora condizionata dal mantenimento delle misure organizzative di contrasto alla diffusione del Covid-19, ha registrato un sostanziale mantenimento dei volumi di attività 2021. I dati più significativi registrati nel 2022 sono i seguenti:

- Il numero dei ricoveri ordinari (RO) registra, rispetto al 2021, una lieve flessione -5% con corrispondente riduzione dei ricavi del 9%;
- Il numero dei Day Hospital registra, rispetto al 2021, una diminuzione nel numero di dimissioni e di giornate di accessi di circa il 4%, tuttavia con un incremento dei ricavi di un + 5%;
- Il numero di Day Surgery, rispetto al 2021, è incrementato di circa il 7% con un aumento dei ricavi del 11% ;
- Per i R.O. l'attività chirurgica risulta prevalente rispetto alla medica con un valore complessivo di circa il 52%;
- I ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale sono incrementati del 1% con un valore di oltre 14,4 MI€;
- I ricavi per File F sono incrementati del 2%.

Il dettaglio dei principali indicatori di attività è rappresentato nelle tabelle che seguono:

DATI ECONOMICI	Anno 2020		Anno 2021		Anno 2022		Δ '21-'22
	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	
Ricoveri in acuzie	12.002.950	33%	15.269.793	39%	14.603.756	38%	↓ -4%
- ordinari	8.611.751	24%	10.674.368	28%	9.681.643	25%	↓ -9%
- diurni	3.391.199	9%	4.595.425	12%	4.922.113	13%	↓ 7%
Ricoveri in Hospice	586.152€	2%	655.480€	2%	551.108€	1%	↓ -16%
Specialistica ambulatoriale	14.737.414€	40%	14.329.072€	37%	14.423.685€	38%	→ 1%
- prestazioni da CUP	14.466.303€	40%	14.045.155€	36%	14.423.685€	38%	→ 3%
- prestazioni verso altre strutture	271.111€	1%	283.917€	1%	0€	0%	↓ -100%
File F	9.172.208€	25%	8.510.967€	22%	8.641.737€	23%	→ 2%
Valore produzione sanitaria	36.498.724€	100%	38.765.311€	100%	38.220.286€	100%	→ -1%

PRINCIPALI DATI DI ATTIVITA'

Assistenza	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Δ '21-'22
Posti letto in Acuzie (num medio)	87,0	87,0	87,0	→ 0%
Posti letto Hospice (num medio)	8,0	8,0	8,0	→ 0%
Numero pazienti dimessi in acuzie (casi):	4.666	5.220	5.083	→ -3%
Peso medio	1,17	1,23	1,21	→ -2%
Casi oncologici	81,7%	82,2%	81,6%	→ -1%
Visite e prest. ambulatoriali per esterni	14.737.414€	14.329.072€	14.423.685€	→ 1%
Visite e prest. ambulatoriali per interni	2.518.100€	2.817.060€	2.554.341€	→ -9%
Numero medici (FTE)	67,3	72,0	69,7	→ -3%
Numero totale risorse (FTE)	408,3	419,9	428,3	→ 2%

Il numero di posti letto attivi è rimasto invariato seppur con le temporanee limitazioni di attività derivanti dall'applicazione delle misure di contrasto alla diffusione del COVID-19.

Il numero di dimissioni (5.083 casi) è diminuito complessivamente del 3% con una riduzione dei ricavi di circa 670 K€.

I dati di dettaglio relativi ai ricoveri ordinari e diurni sono rappresentati nelle tabelle successive.

Totale IRCCS

RICOVERI

Degenza Ordinaria	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Posti letto (num medio)	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	→ 0%
Numero pazienti dimessi (casi):	1.787	2.037	478	500	447	509	1.934	↘ -5%
- Casi medici	993	980	222	245	232	241	940	↘ -4%
- Casi chirurgici	794	1.057	256	255	215	268	994	↘ -6%
Casi 0-1 giorni	19	20	7	10	6	3	26	↑ 30%
- di cui chirurgici	3	7	4	6	4	1	15	↑ 114%
% Casi chirurgici	44,4%	51,9%	53,6%	51,0%	48,1%	52,7%	51,4%	→ -1%
Num casi - rischio inappropriatazza	410	333	73	96	73	85	327	↘ -2%
% casi a rischio di inappropriatazza	22,9%	16,4%	15,3%	19,2%	16,3%	16,7%	16,9%	↘ 3%
% casi oncologici	89,9%	90,3%	88,9%	89,0%	88,6%	88,6%	88,8%	↘ -2%
Peso medio	1,48	1,59	1,65	1,53	1,43	1,53	1,54	↘ -3%
- peso medio casi medici	1,22	1,27	1,34	1,31	1,27	1,37	1,32	↘ 4%
- peso medio casi chirurgici	1,81	1,88	1,92	1,74	1,61	1,67	1,74	↘ -7%
Giorni di ricovero dei pazienti dimessi	10.921	12.400	2.992	2.856	2.501	2.946	11.295	↘ -9%
Degenza media	6,1	6,1	6,3	5,7	5,6	5,8	5,8	↘ -4%
Degenza media - casi >1 giorno	5,8	5,8	6,0	5,3	5,3	5,4	5,5	↘ -5%
Tasso di occupazione	46,6%	53,1%	51,9%	49,0%	42,5%	50,0%	48,4%	↘ -9%
Indice di turn over	7,00	5,38	5,79	5,94	7,58	5,78	6,24	↑ 16%
Ricavi	8.611.751€	10.674.368€	2.640.939€	2.470.996€	2.055.429€	2.514.279€	9.681.643€	↘ -9%
Ricavo medio per caso	4.819€	5.240€	5.525€	4.942€	4.598€	4.940€	5.006€	↘ -4%
Ricavi per posto letto	134.559€	166.787€	41.265€	38.609€	32.116€	39.286€	151.276€	↘ -9%
Pazienti Accettati	1.784	2.030	509	498	441	493	1.941	↘ -4%
Giornate consumate nel periodo	10.955	12.341	3.067	2.853	2.448	2.911	11.279	↘ -9%
Tasso di occupazione reale	46,8%	52,8%	53,3%	49,0%	41,6%	49,4%	48,3%	↘ -9%
Day Hospital	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Posti letto (num medio)	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	→ 0%
Numero pazienti dimessi (casi):	2.333	2.428	381	411	432	1.119	2.343	↘ -4%
Numero accessi	13.429	13.564	804	1.586	2.312	8.276	12.978	↘ -4%
Accessi medi per caso	5,76	5,59	2,11	3,86	5,35	7,40	5,54	↘ -1%
Tasso di occupazione	228,1%	230,4%	55,5%	109,5%	154,7%	580,4%	223,0%	↘ -3%
Peso medio	0,91	0,94	0,90	0,92	0,96	0,92	0,93	↘ -1%
Casi oncologici %	85,4%	87,5%	80,3%	84,4%	85,7%	91,0%	87,1%	→ 0%
Valore ricoveri	2.235.095€	3.057.170€	191.716€	386.172€	575.778€	2.063.083€	3.216.749€	↘ 5%
Valore medio per caso	958€	1.259€	503€	940€	1.333€	1.844€	1.373€	↘ 9%
Valore medio per accesso	166€	225€	238€	243€	249€	249€	248€	↘ 10%
Pazienti Accettati	2.333	2.428	1.180	477	328	359	2.344	↘ -3%
Giornate consumate nel periodo	13.401	13.514	3.237	3.441	3.244	3.048	12.970	↘ -4%
Tasso di occupazione reale	227,6%	229,5%	223,4%	237,5%	217,0%	213,7%	222,9%	↘ -3%
Day Surgery	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Posti letto (num medio)								
Numero pazienti dimessi (casi):	546	755	194	205	183	224	806	↘ 7%
Casi oncologici %	39,2%	43,3%	48,5%	47,3%	56,3%	43,8%	48,6%	↑ 12%
Peso medio	1,28	1,24	1,26	1,26	1,32	1,30	1,28	↘ 4%
Valore ricoveri	1.156.104€	1.538.255€	400.600€	423.997€	399.112€	481.655€	1.705.364€	↑ 11%
Valore medio per caso	2.117€	2.037€	2.065€	2.068€	2.181€	2.150€	2.116€	↘ 4%

Per quanto concerne i ricoveri ordinari si evidenzia quanto segue:

- Peso medio 1,54, in linea con l'anno precedente;
- Appropriata oncologica 89%, in linea con l'anno precedente;
- la degenza media è di 5,8 gg, inferiore rispetto al periodo precedente (-7%);
- il numero di casi 0-1 gg (ricoveri brevi) è pari a 26, in incremento rispetto all'anno precedente.

Per quanto concerne i ricoveri diurni, il numero di dimissioni è diminuito per i day hospital (- 4% con 2.343 casi) ed incrementato per i day surgery (+ 12% con 806 casi). Il numero di accessi per day hospital resta particolarmente significativo con 12.978 giornate di degenza ed un tasso di occupazione medio di circa il 223%.

Le tabelle successive riportano la casistica trattata nell'Istituto, con il relativo DRG e il numero dei casi, distinta per regime di ricovero ordinario e diurno.

CASISTICA TRATTATA IN RICOVERO - ORDINARI (primi 15 DRG)

DRG - Descrizione	Casi	Frequenza	Peso	Tariffa media
(408) ALTERAZ.MIELOPROLIFERATIVE. O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIARE CON ALTRI INTERVENTI	280	14%	1,5	4.521
(409) RADIOTERAPIA	141	7%	0,9	1.471
(203) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	122	6%	1,3	4.054
(075) INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	113	6%	2,4	8.704
(082) NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	111	6%	1,3	4.023
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	111	6%	0,8	1.806
(260) MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	82	4%	0,9	2.318
(239) FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUT	77	4%	1,1	3.649
(403) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	73	4%	1,9	7.091
(401) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	69	4%	3,0	11.719
(473) LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI ETÀ > 17	55	3%	4,2	15.798
(311) INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	54	3%	0,7	2.396
(402) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI NO CC	54	3%	1,4	3.810
(172) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	47	2%	1,5	4.550
(258) MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	44	2%	1,2	3.483

I dati evidenziano per i RO una complessità media sufficientemente alta rispetto agli standard previsti per il mantenimento del carattere scientifico con 517 casi con peso $\geq 1,5$ tra i primi 15 DRG.

CASISTICA TRATTATA IN RICOVERO - DIURNI (primi 15 DRG)

DRG - Descrizione	Casi	Frequenza	Peso	Tariffa media
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	942	30%	0,8	2.123
(404) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	635	20%	1,1	910
(408) ALTERAZ.MIELOPROLIFERATIVE. O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIARE CON ALTRI INTERVENTI	279	9%	1,5	2.427
(461) INTERVENTI CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON IL SERVIZIO SANITARIO	242	8%	1,5	2.537
(399) DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLO ENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	158	5%	0,7	420
(395) ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETÀ > 17	138	4%	0,9	803
(266) TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	125	4%	1,0	1.733
(411) ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	115	4%	0,5	625
(239) FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUT	59	2%	1,1	1.020
(347) NEOPLASIE MALIGNI APPARATO GENITALE MASCHILE NO CC	51	2%	0,6	238
(473) LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI ETÀ > 17	41	1%	4,2	1.630
(082) NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	38	1%	1,3	953
(364) DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	38	1%	0,5	1.019
(262) BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	29	1%	0,6	1.162
(203) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	27	1%	1,3	675

I dati evidenziano, per ricoveri diurni, una complessità media sufficientemente alta rispetto alla media nazionale con 1446 casi con peso > 1 tra i primi 15 DRG.

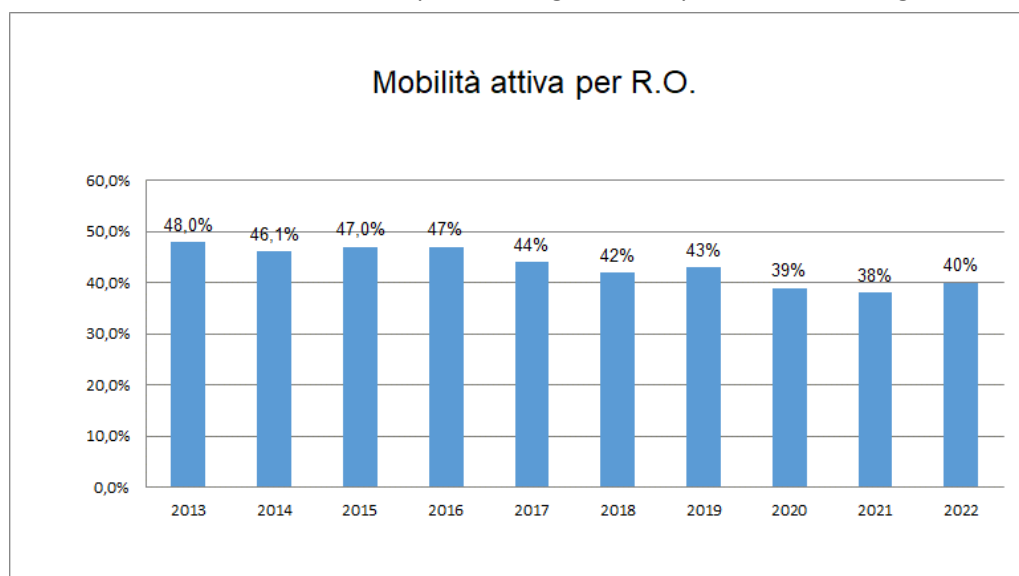
Uno degli obiettivi primari dell'Istituto è il miglioramento del saldo regionale di mobilità oncologica. Pertanto, le azioni dell'Istituto in tal senso sono finalizzate, innanzi tutto, al contenimento della mobilità passiva attraverso la condivisione, con le altre Aziende Sanitarie Regionali dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) e il potenziamento dell'oncologia del territorio (specialisti ospedalieri del CROB che erogano prestazioni di controllo e prima visita in altre strutture sanitarie territoriali) e in subordine al miglioramento della mobilità attiva.

Nelle tabelle successive sono rappresentati i dati della sola mobilità attiva del 2022, in quanto il dato del saldo della mobilità oncologica regionale sarà elaborato e pubblicato dalla Regione Basilicata tra qualche mese al termine delle attività di verifica interregionale del flusso dei ricoveri.

ORDINARI	Casi	Frequenza	% casi potenzialmente inappropriati	% casi oncologici
BASILICATA	1.165	60%	13%	87%
Potenza	897	77%	13%	87%
Matera	268	23%	12%	88%
CAMPANIA	416	22%	16%	92%
Salerno	271	65%	17%	94%
Avellino	109	26%	16%	90%
Napoli	27	6%	11%	78%
Benevento	5	1%	0%	100%
Caserta	4	1%	25%	75%
PUGLIA	147	8%	45%	93%
Foggia	78	53%	31%	95%
Bari	49	33%	61%	88%
Lecce	10	7%	90%	100%
Taranto	9	6%	22%	89%
Brindisi	1	1%	100%	100%
CALABRIA	119	6%	16%	85%
Regione non indicata	57	3%	23%	98%
MOLISE	16	1%	44%	94%
LAZIO	5	0%	20%	80%
EMILIA ROMAGNA	2	0%	0%	100%
UMBRIA	2	0%	100%	100%
ABRUZZO	1	0%	0%	100%
LOMBARDIA	1	0%	100%	100%
PROV. AUTON. TRENTO	1	0%	0%	100%
SARDEGNA	1	0%	0%	100%
SICILIA	1	0%	0%	100%

Nel 2022 la mobilità attiva per R.O. è di circa il 40%.

L'andamento della mobilità attiva per R.O. negli anni è riportato nell'immagine successiva.



DIURNI	Casi	Frequenza	% casi oncologici
BASILICATA	2.334	74%	74%
Potenza	1.973	85%	74%
Matera	361	15%	76%
CAMPANIA	534	17%	88%
Salerno	342	64%	89%
Avellino	152	28%	86%
Benevento	26	5%	81%
Napoli	14	3%	93%
PUGLIA	115	4%	80%
Foggia	77	67%	79%
Bari	19	17%	84%
Taranto	11	10%	82%
Lecce	6	5%	100%
Brindisi	2	2%	0%
CALABRIA	88	3%	82%
Regione non indicata	40	1%	83%
MOLISE	9	0%	89%
ABRUZZO	7	0%	71%
LAZIO	7	0%	100%
EMILIA ROMAGNA	5	0%	60%
TOSCANA	3	0%	67%
LOMBARDIA	2	0%	0%
PROV. AUTON. TRENTO	2	0%	100%

Per i ricoveri diurni la casistica relativa a pazienti extra regione di circa il 26%.

Pertanto, il dato complessivo di mobilità attiva del 2022 conferma il trend degli ultimi anni testimoniando l'attrattiva dell'Istituto verso pazienti delle regioni limitrofe. Oltre alle prestazioni di ricovero, l'Istituto assicura, inoltre, una significativa offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali testimonianza di un forte impegno di promozione dell'appropriatezza organizzativa.

L'assistenza ambulatoriale ha un ruolo centrale nello svolgimento dei percorsi assistenziali erogati dall'Istituto, infatti, in tale setting assistenziale, viene effettuato l'arruolamento e la presa in carico degli utenti con sospetto di cancro o diagnosi accertata, nell'ambito dei gruppi oncologici multidisciplinari; sempre nel regime di assistenza specialistica ambulatoriale sono assicurati i processi di stadiazione, i trattamenti di radioterapia, e infine i controlli.

In termini di appropriatezza organizzativa si sottolinea che l'ampia offerta ambulatoriale è stata pianificata per evitare il ricorso improprio ai ricoveri diagnostici.

I dati di sintesi di attività delle prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno 2022 sono riportati nella tabella seguente.

Totale IRCCS

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRESTAZIONI PER ESTERNI (da CUP)	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Numero visite	26.708	28.346	7.180	6.726	7.098	7.548	28.552	➔ 1%
Valore visite	445.423€	481.769€	122.533€	114.262€	120.085€	126.791€	483.672€	➔ 0%
Numero prestazioni ed esami	316.040	342.922	76.980	88.410	94.127	91.367	350.884	➔ 2%
Valore prestazioni ed esami	14.020.880€	13.563.386€	2.877.144€	3.293.282€	3.895.616€	3.873.970€	13.940.012€	➔ 3%
Ricavo medio per prestazione	44€	40€	37€	37€	41€	42€	40€	➔ 0%
Valore totale visite, prestazioni ed esami	14.466.303€	14.045.155€	2.999.678€	3.407.544€	4.015.702€	4.000.761€	14.423.685€	➔ 3%
PRESTAZIONI PER STRUTTURE SSR	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Numero	6.372	7.203						
Valore	271.111€	283.917€						
Valore medio	43	39						
% su totale erogate dal SSR	1,9%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	↓ -100%
TOTALE PRESTAZIONI PER ESTERNI	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Valore totale prestazioni per esterni (in Euro)	14.737.414€	14.329.072€	2.999.678€	3.407.544€	4.015.702€	4.000.761€	14.423.685€	➔ 1%

I valori evidenziano per l'attività istituzionale (prestazioni per esterni da CUP) un incremento, sia del numero di visite (+1%) sia del numero delle prestazioni ed esami diagnostici (+2%) rispetto al dato dell'anno precedente con un complessivo incremento dei ricavi di circa il 3%.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	Anno 2020	Anno 2021	1° Tri 2022	2° Tri 2022	3° Tri 2022	4° Tri 2022	Anno 2022	Δ '21-'22
Numero visite	477	564	139	131	113	84	467	↓ -17%
Valore visite	48.348€	60.105€	15.471€	15.604€	13.330€	10.774€	55.179€	➔ -8%
Valore medio	101,4€	106,6€	111,3€	119,1€	118,0€	128,3€	118,2€	↑ 11%
% su totale numero erogate dal SSR	1,8%	2,0%	1,9%	2,0%	1,6%	1,1%	1,6%	↓ -18%
Numero prestazioni ed esami	111	220	63	74	45	43	225	➔ 2%
Valore prestazioni ed esami	23.168€	45.306€	13.224€	15.322€	9.725€	8.774€	47.045€	➔ 4%
Valore medio	208,7€	205,9€	209,9€	207,1€	216,1€	204,0€	209,1€	➔ 2%
% su totale valore erogate dal SSR	0,2%	0,3%	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,3%	➔ 3%

Il volume complessivo dell'attività rese in libera professione resta sempre molto più basso rispetto alle prestazioni rese nell'ambito delle attività istituzionale, con un valore medio annuo pari allo 0,3%.

Una parte significativa delle terapie antineoplastiche è sviluppata con l'utilizzo di farmaci intelligenti. Infatti, nel corso degli ultimi anni la ricerca sui meccanismi molecolari alla base dello sviluppo, della crescita e della diffusione del cancro ha permesso di sviluppare le cosiddette "terapie a bersaglio molecolare" ossia terapie mirate, che agiscono in maniera selettiva su alcuni di processi cellulari.

Le target therapy rappresentano uno dei più importanti strumenti della medicina personalizzata, in quanto la cura non è più scelta solo in base alla sede di sviluppo del tumore, ma anche in relazione alle sue caratteristiche molecolari, che possono essere diverse da paziente a paziente.

L'utilizzo sempre più diffuso in Istituto di protocolli clinici basati su terapie a bersaglio molecolare con farmaci ad alto costo è testimoniato anche dal valore del File F che di circa 8,6 Ml di euro.

DATI ECONOMICI	Anno 2020		Anno 2021		Anno 2022		Δ '21-'22
	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	
File F	9.172.208€	25%	8.510.967€	22%	8.641.737€	23%	↗ 2%

È importante sottolineare che il File F non è assimilabile ad una voce contabile di ricavo ma è un meccanismo di mero rimborso per l'acquisto già sostenuto per farmaci ad alto costo.

3.2.3 La programmazione sanitaria 2023

La programmazione dell'attività sanitaria dell'anno 2023 seppur ancora parziale per le motivazioni indicate nei paragrafi precedenti, è stata sviluppata dalla Direzione dell'Istituto in base ai dati epidemiologici, agli atti di programmazione aziendale e della Regione Basilicata ed ai fattori produttivi disponibili per il 2023.

La stima dei valori economici della produzione sanitaria è stata elaborata a partire dagli elementi sopracitati nonché dal preconsuntivo 2022 e conseguentemente proiettato nel 2023. Tra gli obiettivi trainanti per l'anno 2023 c'è il contenimento dei tempi di attesa attraverso il potenziamento del capitale umano e del parco tecnologico che si auspica possa determinare un incremento quali-quantitativo dei livelli di produzione.

I servizi sanitari dell'Istituto si sviluppano attraverso i seguenti setting assistenziali:

- Ricoveri Ordinari;
- Ricoveri Diurni (Day Hospital e Day Surgery);
- Prestazioni Ambulatoriali;
- Prestazione di somministrazione Farmaci in File F;
- Attività di screening oncologico.

Il prevedibile perdurare anche per una parte del 2023 del mantenimento delle misure di prevenzione della diffusione del Covid, a tutela dei pazienti fragili come quelli oncologici, è stato un elemento rilevante nello sviluppo della programmazione sanitaria ospedaliera di seguito rappresentata.

Il potenziamento del capitale umano nel settore sanitario congiuntamente alla disponibilità di nuove tecnologie sanitarie si prevede possano consentire un miglioramento dell'offerta di prestazioni di ricovero e ambulatoriali in grado di rispondere in modo più puntuale e tempestivo ai fabbisogni dei pazienti oncologici.

I nuovi assetti organizzativi, determinati dal nuovo PSR e dall'avviamento della Rete Oncologica di Basilicata (ROB) con l'integrazione funzionale delle attività territoriali di prevenzione secondaria e diagnosi precoce, dalla istituzione di Punti di accesso e supporto (PAS) distribuiti sul territorio regionale, determineranno verosimilmente una presa in carico più tempestiva dei pazienti con una prevedibile riduzione della mobilità sanitaria passiva nella disciplina oncologica.

L'analisi dei volumi di attività relativi al 2022 evidenzia una flessione per alcune specialità pur mantenendo un volume complessivo di prestazioni in linea con il 2021.

In sintesi, le azioni che l'Istituto intende attuare nel 2023 possono essere sintetizzate come di seguito descritto.

Dipartimento di medicina traslazionale

L'area dell'onco-ematologia rappresenta certamente il fulcro dell'attività dell'istituto ed è quella che ha maggiormente risentito dell'applicazione delle misure di contrasto alla pandemia che ne hanno condizionato l'operatività per la temporanea riduzione di posti letto effettivi e di spazi al fine di assicurare il necessario distanziamento tra pazienti.

I valori di consuntivo 2022 evidenziano, rispetto all'anno precedente dati discordanti tra ricoveri ordinari e ricoveri diurni.

Per i ricoveri ordinari si registra una diminuzione del numero di dimissioni di circa il 12% ed una proporzionale riduzione dei ricavi del 14% pari a circa 838k€.

Per i ricoveri diurni si registra una diminuzione del numero di accessi di circa il 4% a fronte di un incremento dei ricavi di circa il 5% pari a circa 154k€.

Il valore del file F, correlato alle somministrazioni di farmaci ad alto costo, in termini di ricavi è in linea con il dato dell'anno precedente ed è pari a circa 8,6 M€.

Le azioni per il 2023 mirano ad un rafforzamento della dotazione di personale medico ed infermieristico sia in oncologia che in ematologia al fine di rispondere in modo più tempestivo ad una crescente domanda e per supportare l'avviamento a regime della ROB attraverso il potenziamento dei servizi oncologici del territorio e l'attivazione di nuovi servizi e setting assistenziali.

I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della chirurgia, i nuovi approcci di cura, le nuove terapie stanno portando sempre più ad un'evoluzione positiva nel decorso della malattia allungando la vita dei malati anche senza speranze di guarigione. In questo scenario il concetto di presa in carico della patologia oncologica comporta una necessaria revisione organizzativa dei sistemi assistenziali che includa i nuovi strumenti di contrasto quali ad esempio i Molecular Tumor Board e i sistemi di NGS (Next Generation Sequencing) per rispondere efficacemente e dare accesso rapido ed uniforme all'innovazione.

Per un coerente utilizzo delle risorse disponibili assume un'importanza sempre maggiore il coordinamento tra gli specialisti dell'Istituto con i servizi territoriali, infatti, oltre allo sviluppo della ROB, occorre un ulteriore sforzo per coinvolgere e supportare la medicina del territorio nella cogestione dei pazienti oncologici cronici. Il futuro dell'oncologia lucana, attraverso la piena implementazione della ROB, dovrà essere condiviso tra ospedale e territorio attraverso nuovi setting assistenziali che permettano di definire al meglio tutto il percorso di cura del paziente che dovrà avere uno stesso governo.

Pertanto, con il piano dei fabbisogni di personale 2023 si prevede, oltre l'eventuale sostituzione del personale cessante, il potenziamento del dipartimento oncologico con l'inserimento di 1 ematologo oltre ai n.2 oncologi già previsti nella rimodulazione del piano dei fabbisogni 2022.

Al fine di potenziare le attività di ricerca traslazionale dei tumori solidi, attraverso l'attivazione di nuovi studi clinici e il reclutamento di nuovi pazienti nell'ambito delle sperimentazioni già attivate, il Piano dei fabbisogni di personale prevede l'assunzione di un dirigente medico oncologo da destinare alla Direzione scientifica.

Dipartimento di chirurgia traslazionale

Le azioni di ristrutturazione e riorganizzazione dell'area chirurgica hanno assicurato nel 2022 il mantenimento dei volumi di attività registrati nel 2021.

Infatti, il numero di pazienti dimessi per ricovero ordinario, nel 2022, pari a 888 unità è perfettamente corrispondente al dato 2021. Il valore dei ricavi è diminuito di circa il 5% pari a circa 224 k€.

Per i ricoveri diurni, nel 2022, si registra un incremento dei volumi di attività di circa il 7% ed un correlato incremento dei ricavi di circa 11% pari a circa 173 k€.

Tuttavia, la Direzione Aziendale ha inteso incrementare la dotazione organica con n. 1 chirurgo addominale, n.5 anestesisti e n.1 chirurgo toracico oltre al personale previsto in sostituzione delle unità cessanti.

Il chirurgo addominale è funzionale al potenziamento dell'organizzazione della relativa Unità Operativa nonché al potenziamento dell'attività di chirurgia laparoscopica e robotica, quest'ultima implementabile non appena sarà conclusa la procedura di acquisto del robot chirurgico.

La stima dei volumi di attività chirurgica ad indirizzo addominale considera anche la sostituzione dimissionario Direttore di UOC decorse dal 01/02/2023.

L'inserimento di n.5 Anestesisti intende promuovere un efficientamento del percorso chirurgico al fine di aumentare e ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie del blocco operatorio principale e di incrementare i servizi di day surgery per gli interventi a più bassa complessità. La disponibilità di ulteriori anestesisti consentirà anche il potenziamento delle attività di Terapia del dolore, sia per prestazioni per pazienti oncologici sia nell'ambito delle funzioni dell'istituto, quale nodo della rete regionale di terapia del dolore.

Il personale del dipartimento chirurgico sarà incrementato con l'inserimento di ulteriori infermieri e OSS al fine di assicurare le risorse necessarie per l'attivazione di nuovi posti letto da allocare negli spazi resi disponibili al termine dei lavori di ristrutturazione.

La riorganizzazione delle attività dipartimentali ha previsto la rimodulazione del Posti Letto per garantire una risposta più efficiente rispetto alla domanda di prestazioni di ricovero ordinario (RO).

Nello specifico i posti letto di Chirurgia addominale sono diminuiti di 4 unità che sono state assegnate come segue:

- incremento di 1 posto letto per RO per la chirurgia toracica che dispone così di n.8 posti letto per RO;
- incremento di 1 posto letto per RO per la chirurgia plastica che dispone così di n.6 posti letto per RO;
- assegnazione di n.2 posti letto per RO alla chirurgia tiroidea, servizio di nuova istituzione e le cui attività negli anni precedenti erano confluite nella chirurgia oncologica e/o senologica.

A ciò si aggiunge la continuazione del piano di potenziamento delle tecnologie sanitarie previste per il biennio 2022-2023 che prevede anche l'acquisto di un robot chirurgico per garantire interventi di chirurgia mininvasiva con alti livelli di precisione ed accuratezza del gesto chirurgico.

Le caratteristiche tecniche del robot consentiranno l'utilizzo dello stesso in diversi ambiti chirurgici, dall'urologia alla ginecologia, dalla chirurgia toracica alla chirurgia addominale. I principali vantaggi della chirurgia robot-assistita sono:

- maggior radicalità oncologica;
- maggior conservazione dei tessuti sani e delle funzionalità degli organi;
- minor perdita di sangue e relativo ricorso a trasfusioni;

- ripresa più rapida nel post-operatorio.

Dipartimento dei servizi

Il Dipartimento dei servizi è interessato in significativi interventi di potenziamento relativi a tecnologie sanitarie. Infatti, con il progetto Tecno-CROB è stato finanziato l'acquisto di un insieme di innovative tecnologie sanitarie che consentiranno la diagnosi più accurate e terapie radianti più precise.

Nello specifico gli interventi programmati nel biennio 2023-2024 prevedono il potenziamento della UO Diagnostica per immagini con n.2 TAC e n.1 Angiografo, della UO Medicina Nucleare con n.1 PET e n.1 SPECT, della radioterapia con un n.1 Acceleratore Lineare di ultima generazione e della UO Anatomia patologica n.1 sequenziatore NextSeq per la diagnostica dei tumori solidi.

Nell'ambito della ROB è prevista altresì l'attivazione di un Molecular Tumor Board regionale, con sede presso il CROB, in cui saranno integrate le competenze oncologiche, ematologiche, della biologia molecolare, delle anatomie patologiche, delle farmacie ospedaliere e territoriali per poter governare i processi clinici e decisionali di appropriatezza, attraverso:

- la stadiazione delle sequenze di trattamento del tumore secondo linee guida nazionali e internazionali;
- le mutazioni genetiche e le mutazioni driver che codificano per lo sviluppo del tumore, il pathway delle mutazioni e il valore predittivo del Tmb (carico mutazionale tumorale);
- l'analisi e la valutazione del report del genomic profile-Ngs del paziente;
- la scelta dei farmaci oncologici più appropriati in commercio o in fase di registrazione o per indicazioni attualmente off-label;
- la raccolta sistematica dei dati clinici e della genomica per consolidare le conoscenze e per sviluppare attività di ricerca in un settore in cui le evidenze non sono ancora consolidate, pur esprimendo un valore aggiuntivo clinicamente rilevante.

Il potenziamento del capitale umano per il 2023 è così definito:

- n.1 Dirigente Medico Radiologo da destinare ai servizi di radiologia interventistica;
- n. 3 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico per incrementare l'offerta dei servizi diagnostici.

Le stime economiche dei valori di produzione per il 2023, per setting assistenziale, sono riportati nelle tabelle successive.

Ricoveri Ordinari

DIPARTIMENTO	UUOO	Posti Letto medi annui		Numero di casi		Ricavi	
		pre consuntivo 2022	preventivo 2023	precons 2022	Budget 2023	Ricavi precons 2022	Ricavi preventivo 2023
Dip. Chirurgico	Anestesia Rianimazione Terapia a	2	2	12	12	€ 130.640,00	130.640
Dip. Chirurgico	Terapia Antalgica	1	1	19	19	€ 96.299,00	96.299
Dip. Chirurgico	Chirurgia Toracica	7	8	187	187	€ 1.366.490,00	1.366.490
Dip. Chirurgico	Urologia	3	3	85	85	€ 217.331,00	217.331
Dip. Chirurgico	Chirurgia Addominale	12	8	98	69	€ 701.084,00	490.759
Dip. Chirurgico	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	5	6	287	316	€ 1.343.533,00	1.477.886
Dip. Chirurgico	Ginecologia Oncologica	1	1	0	50	€ -	-
Dip. Chirurgico	Chirurgia Senologica	5	5	212	212	€ 638.903,00	638.903
Dip. Chirurgico	Chirurgia Tiroidea	0	2	0	30	€ -	90.000
Dip. Medico	Ematologia	9	9	262	262	€ 2.637.648,00	2.637.648
Dip. Medico	Oncologia Medica	16	16	629	629	€ 2.340.055,00	2.340.055
Dip. dei Servizi	Medicina Nucleare	3	3	143	143	€ 206.735,00	206.735
Dip. Medico	Cure Palliative	8	8	148	148	545.440	545.440
IRCCS CROB	IRCCS CROB	72	72	2.082	2.161	10.224.158	10.238.186

Ricoveri Diurni

DIPARTIMENTO	UU.OO.	PL diurni pre cons 2022	PL diurni prev 2023	precons 2022 - num. casi	preventivo 2023 - casi	Ricavi	
						Ricavi precons 2022	Ricavi preventivo 2023
Dip. Chirurgico	Terapia antalgica	1	1	246	246	€ 616.960	€ 616.960
Dip. Chirurgico	Chirurgia Toracica	0	0	14	14	€ 7.509	€ 7.509
Dip. Chirurgico	Urologia	1	1	105	74	€ 42.600	€ 29.820
Dip. Chirurgico	Chirurgia Addominale	2	2	29	29	€ 17.613	€ 17.613
Dip. Chirurgico	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	1	1	400	440	€ 877.571	€ 965.328
Dip. Chirurgico	Ginecologia Oncologica	1	1	62	62	€ 79.707	€ 79.707
Dip. Chirurgico	Chirurgia Senologica	1	1	57	57	€ 74.299	€ 74.299
Dip. Medico	Ematologia	3	3	1.065	1.065	€ 1.210.709	€ 1.210.709
Dip. Medico	Oncologia Medica	12	12	1.168	1.168	€ 1.994.467	€ 1.994.467
Dip. dei Servizi	Medicina Nucleare	1	1	3	3	€ 678	€ 678
Dip. Medico	Cure Palliative	0	0	0	-	€ -	€ -
IRCCS CROB	IRCCS CROB	23	23	3.149	3.158	4.922.113	4.997.090

Specialistica ambulatoriale

DIPARTIMENTO	UUOO	2022 preconsuntivo		2023 preventivo	
		num.	ricavo	num.	ricavo
Dip. Chirurgico	Anestesia Rianimazione e Terapia antalgica	1.802	40.243	1.802	€ 40.243
Dip. Chirurgico	Chirurgia Toracica	89	1.761	89	€ 1.335
Dip. Chirurgico	Endoscopia	5.121	424.249	5.121	€ 424.249
Dip. Chirurgico	Urologia	2.946	80.432	2.946	€ 80.432
Dip. Chirurgico	Chirurgia Addominale	137	2.743	137	€ 2.743
Dip. Chirurgico	Chirurgia Senologica	245	4.572	245	€ 4.572
Dip. Chirurgico	Chirurgia Plastica	1.248	19.787	1.373	€ 21.766
Dip. Chirurgico	Oncologica Ginecologica	1.640	38.971	1.640	€ 38.971
Dip. Medico	Hospice e Cure Palliative	0	0	0	€ -
Dip. Medico	Ematologia	1.494	23.049	1.494	€ 23.049
Dip. Medico	Oncologia Medica	5.982	104.059	5.982	€ 104.059
Dip. Medico	Dermatologia	2.780	51.422	2.780	€ 51.422
Dip. Medico	Cardio oncologia	388	10.262	388	€ 10.262
Dip. dei Servizi	Anatomia Patologica	10.545	577.413	10.545	€ 577.413
Dip. dei Servizi	Laboratorio Analisi Cliniche	188.297	672.616	197.712	€ 706.247
Dip. dei Servizi	Diagnostica per Immagini	37.266	3.254.717	37.266	€ 3.254.717
Dip. dei Servizi	Medicina Nucleare	6.620	2.692.282	6.819	€ 2.773.051
Dip. dei Servizi	Radioterapia	93.774	5.515.856	94.712	€ 5.571.014
Dip. Direzione Sanitaria	Nefrologia e dialisi	17.207	852.690	17.207	€ 852.690
Dip. Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	2.132	69.706	2.132	€ 69.706
IRCCS CROB	IRCCS CROB	379.713	14.436.831	390.389	€ 14.607.942

File F

Dipartimento	UU.OO.	2022 PRE CONSUNTIVO	2023 Preventivo
Dip. Medico	AMBULATORIO EMATOLOGIA E CELLULE STAMINALI	373.427 €	373.427 €
Dip. Medico	AMBULATORIO ONCOLOGIA MEDICA	319.073 €	319.073 €
Dip. Medico	RICOVERO CURE PALLIATIVE	1.391 €	1.391 €
Dip. Medico	DAY HOSPITAL EMATOLOGIA E CELLULE STAMINALI	2.027.867 €	2.027.867 €
Dip. Medico	DAY HOSPITAL ONCOLOGIA MEDICA	5.400.765 €	5.400.765 €
Dip. Medico	DEGENZA EMATOLOGIA	53.889 €	53.889 €
Dip. Medico	DEGENZA ONCOLOGIA MEDICA	35.384 €	35.384 €
Dip. dei Servizi	AMBULATORIO MEDICINA NUCLEARE	74.567 €	74.567 €
Dip. dei Servizi	AMBULATORIO RADIOTERAPIA	6.768 €	6.768 €
Dip. dei Servizi	DEGENZE MEDICINA NUCLEARE	256.557 €	256.557 €
Dip. Direzione Sanitaria	DIALISI	95.826 €	95.826 €
IRCCS CROB		8.645.514 €	8.645.514 €

3.2.4 Ricerca Corrente

La programmazione annuale della ricerca corrente prevede il mantenimento delle attuali linee di ricerca, così come con programmato per il biennio 2022-2024 in attesa della nomina ministeriale del nuovo Direttore Scientifico.

Le linee di ricerca attive sono:

- 1) Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione e la caratterizzazione di approcci terapeutici innovativi in oncologia (responsabile: dott. Michele Aieta)
- 2) Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione di nuovi biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi in oncologia (responsabile: dott. Giovanni Storto)
- 3) Nuovi modelli organizzativi: presa in carico del paziente, multidisciplinarietà, telemedicina e integrazione con il territorio in oncologia (responsabile: dott.ssa Giulia Vita)

Ad oggi si è in attesa delle relazioni di attività dei progetti di ricerca corrente attivi da rendicontare sul workflow della ricerca, previsto dal Ministero per gli IRCCS, e si è provveduto a richiedere a tutte le Strutture dell'Istituto la presentazione di nuovi progetti di ricerca corrente laddove fossero ritenuti utili e fattibili con le risorse attuali, ovviamente secondo la modulistica prevista dal ministero e negli ambiti previsti dalle linee di ricerca, raccomandando in entrambi i casi la puntualità essendo cogente la scadenza del 31 marzo.

La nota del Ministero della Salute 3852-18/10/2022-DGRIC-MDS-P oltre ad indicare in Euro 1.914.877,80 l'ammontare della somma impegnata per l'anno 2022 da utilizzare per la copertura dei contratti di lavoro a tempo determinato in essere e per l'assunzione di nuovo personale di ricerca sanitaria, ribadisce che gli importi erogati negli anni 2019, 2020, 2021 e 2022 non spesi per il personale assunto in sede di prima applicazione della riforma o impegnati a seguito di procedure concorsuali concluse entro il mese di agosto 2023 - con provvedimento di nomina dei vincitori ed approvazione delle graduatorie di merito - dovranno essere restituiti alle casse dello Stato, ovvero saranno oggetto di compensazione sui fondi da erogare nel corso del medesimo anno.

A seguito di una ricognizione effettuata di recente dai competenti uffici è risultato che i fondi accantonati permettono l'assunzione di almeno 25 ricercatori e di 3 data manager sui fondi della cosiddetta "piramide". A breve saranno pubblicati i bandi di concorso per le selezioni del suddetto personale "piramidato".

Tali integrazioni di personale non risolvono le criticità sottolineate nella relazione del Ministero della Salute presentata lo scorso 20 dicembre, che evidenzia come l'IRCCS CROB sia agli ultimi posti fra tutti gli IRCCS per indicatori bibliometrici quali ad esempio l'impact factor normalizzato o il citation index; è pur vero però che sono espressi in valore assoluto ed in nessun modo parametrati all'attuale numeri dei ricercatori che al 31 dicembre 2022 era pari a 18 unità (di cui 9 contrattualizzati da maggio).

Il numero di ricercatori esiguo e un ancora più ristretto numero di ricercatori, che per competenza ed autonomia, possono essere definiti 'senior' è un punto di debolezza la cui soluzione è fondamentale per iniziare un percorso virtuoso che consenta di raggiungere i parametri definiti dal Ministero per la riconferma di IRCCS alla prossima valutazione.

Il reclutamento di nuovi ricercatori attraverso la cosiddetta 'piramide' porta alla contrattualizzazione di ricercatori sostanzialmente 'junior' che difficilmente potranno avere tutte le competenze di un ricercatore senior. Ciò si rifletterà sulla produzione scientifica e sui tempi di realizzazione della stessa e renderà necessaria la presenza di 'tutor'.

Questa semplice distinzione ha di fatto condizionato la quantità di impact factor atteso prodotto per anno che può essere tra i 5 ed i 10 punti per un ricercatore 'junior' e superiore ai 30 per un 'senior', ricordando che tali valori andranno contestualizzati secondo le progettualità in corso o da intraprendere.

E' necessario prevedere e programmare attività di tutoraggio e di formazione per i nuovi ricercatori al fine di maturare competenze da ricercatore senior quali la capacità di Analisi del contesto, di Ricerca di soggetti finanziatori, di Elaborazione di progetti di ricerca, di Sviluppo di attività di ricerca e di Collaborare alla messa a punto di procedure amministrativo-burocratiche e alla rendicontazione delle attività di ricerca realizzate.

Questo empowerment individuale e di gruppo consentirebbe anche di ottenere finanziamenti competitivi su fondi europei e da enti esteri, oltre che da privati, che al momento il CROB difficilmente riesce ad ottenere.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche nel reclutamento di personale delle strutture sanitarie considerando il carattere della ricerca di un IRCCS che è per sua natura traslazionale ovvero al letto del malato affinché non solo le posizioni apicali abbiano indicatori bibliometrici (es H-Index) sufficiente a partecipare a bandi di ricerca competitivi.

Il "Bando 2021 Ministero della Salute – Ricerca finalizzata" prevedeva il valore di almeno 18 per il 'principal investigator' e solo 4 Direttori di Struttura su 14 avevano tale requisito.

Le note difficoltà nel reclutamento di medici testimoniate dal fatto che ai concorsi possono partecipare gli specializzandi e che nel caso di un IRCCS dovranno non solo completare la loro formazione nel loro campo di specializzazione ma anche assumere competenze nel campo della ricerca, rende estremamente delicata la fase di programmazione nei prossimi anni.

I dati ministeriali evidenziano, inoltre, relativamente alla qualità dell'assistenza, l'incremento di trials multicentrici e numero di pazienti inseriti in trials clinici.

Ciò condiziona sia la fase di valutazione per il riconoscimento del carattere scientifico che la possibilità di offrire a pazienti selezionati cure sperimentali di probabile migliore efficacia o certamente con efficacia pari alle terapie standard.

3.2.5 Gli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.)

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), nella funzione istituzionale di indirizzo sugli obiettivi strategici dell'Istituto, ha inteso sottoporre all'attenzione del Presidente della Giunta regionale, dell'Assessore alla Sanità e alla Direzione aziendale le proposte per un piano di rilancio dell'Istituto anche in relazione a quanto previsto dal D lgs n. 200/2022 di riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

L'esigenza prioritaria è individuare e definire nel nuovo Piano Sanitario Regionale il ruolo del CROB quale centro clinico assistenziale di riferimento regionale per l'oncologia, dotato di almeno 120 posti letto, nonché di attivare in tempi rapidi la rete oncologica regionale (ROB).

Il C.I.V. ravvede la necessità di programmare ed attuare in tempi brevi, con la collaborazione di tutti gli organi istituzionali, regionali e nazionali e di tutto il management dell'Istituto, un piano di rilancio per l'adeguato inserimento dell'Istituto nella sanità regionale, nazionale e internazionale che preveda:

A) Interventi sulla struttura che deve caratterizzarsi per flessibilità, convertibilità e modularità in modo da adattarsi alla evoluzione dei fenomeni epidemiologici e di mobilità dei pazienti e alla esigenza della promozione dell'innovazione e del trasferimento tecnologico nelle cure. Va riservata particolare attenzione agli aspetti alberghieri dell'ospedale al fine di rendere meno gravosa ai pazienti l'esperienza del ricovero, anche di quello diurno.

B) Ammodernamento della strumentazione sanitaria, diagnostico-terapeutica e potenziamento delle apparecchiature per l'assistenza e la ricerca con l'acquisizione della tecnologia necessaria per rispondere in modo adeguato e tempestivo alle esigenze innovative dei trattamenti oncologici e della ricerca.

C) Potenziamento dell'offerta assistenziale mediante:

- Progressivo aumento dei posti letto attivi in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale;
- Sviluppo e potenziamento delle attività chirurgiche in rapporto al quadro epidemiologico regionale;
- Potenziamento dell'interazione tra ricerca, formazione e assistenza;
- Rafforzamento dell'approccio multidisciplinare nelle cure, anche con l'istituzione di ambulatori di *women's cancer unit*, *prostate cancer unit*, *skin cancer unit*, *lung cancer unit* e unità delle neoplasie gastroenteriche;
- Attenzione ai bisogni riabilitativi.

D) Potenziamento delle attività di ricerca clinica e traslazionale con il pieno coinvolgimento di tutte le strutture, considerato che nel nuovo decreto di riforma è previsto il superamento della separazione tra obiettivi della Direzione Generale (più orientata agli aspetti assistenzialistici) e gli obiettivi della Direzione Scientifica (orientata alla ricerca) con l'inserimento per i Direttori Generali di ulteriori obiettivi condivisi e funzionali al raccordo tra l'attività di ricerca e assistenza e alla realizzazione del piano triennale di ricerca.

Tale potenziamento dovrà essere attuato mediante:

- Implementazione dell'attività di ricerca, intesa sia come ricerca clinico-assistenziale ed organizzativa che biomedica, nonché delle sperimentazioni cliniche, con la produzione di lavori di qualità che riescano a raggiungere livelli elevati di *impact factor* e indice di citazione;
- Implementazione del volume di collaborazioni sia nazionali che internazionali;

E) Potenziamento delle risorse umane sia per l'attività clinico assistenziale sia per la ricerca mediante:

- Sblocco assunzioni e bandi in essere;
- Potenziamento dotazione organica del personale di ricerca e di assistenza;
- Utilizzo istituti comando e distacco presso altri IRCCS di diritto pubblico, enti pubblici di ricerca, università;
- Superamento della precarietà nei contratti di lavoro subordinato a tempo determinato Settore Ricerca (individuazione criteri per ridurre il secondo periodo contrattuale dei 5 anni ai fini dell'inquadramento a tempo indeterminato nei ruoli del S.S.N.);

F) Potenziamento dell'attività di Rete della Ricerca mediante:

- Effettiva attivazione della Rete Amore (fra i tre IRCCS del Mezzogiorno);
- Partenariato con altre reti nazionali/internazionali;
- Convenzioni/accordi/protocolli con altri IRCCS/Enti di ricerca;
- Promozione ed attivazione borse di studio.

G) Sviluppo dell'alta formazione attraverso:

- Adesione a progetti formativi nazionali ed internazionali finalizzati alla ricerca;
- Organizzazione diretta di manifestazioni/convegni o di iniziative rivolte alla comunità scientifica nazionale ed internazionale;
- Convenzioni con l'Università ed altri Enti per attività formative, dottorati di ricerca.

H) Sviluppo di sistemi gestionali per un corretto efficientamento delle agende delle liste di attesa e dell'utilizzo delle sale operatorie;

I) Miglioramento dell'appropriatezza ed ottimizzazione dell'offerta assistenziale per governare e soddisfare le crescenti attese dei cittadini, per aumentare l'attrattività dell'Istituto sia per quanto riguarda la mobilità regionale che extra regionale, da verificare mediante l'utilizzo di strumenti di monitoraggio costante delle liste di attesa della qualità percepita delle cure etc.

L) Naturalmente di primaria importanza risulta essere la effettiva realizzazione e l'efficace funzionamento della Rete Oncologicciba Regionale con funzioni di indirizzo in capo al Crob, anche, se del caso, con l'individuazione di pochi ma specialistici ambiti clinici sui quali concentrare le risorse e gli sforzi (ad es. *Skin cancer unit* e *Chirurgia plastica, Ematologia, Urologia, Breast unit*, etc.).

3.2.6 Piano della Performance

Il piano delle performance è elaborato sulla base delle indicazioni regionali del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi di mandato per il Direttore Generale, degli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Basilicata alla Direzione Generale, integrati con esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno.

L'insieme degli elementi sopracitati sono tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi gestionali (budget operativo) assegnati a ciascun responsabile di Centro di Responsabilità.

L'articolazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi avviene attraverso il Comitato di *Budget*, cui compete la negoziazione degli obiettivi con i Responsabili di ciascun Centro di Responsabilità. Si definiscono, in questa fase, gli obiettivi operativi e i relativi indicatori di *performance* per i Direttori di Dipartimento, per i Direttori di Unità Operativa e per i responsabili di Unità Operativa Semplice. Con l'approvazione del *budget*, tali obiettivi vengono assegnati a ciascun Direttore/Responsabile "a cascata" e a tutti i dirigenti in forza alle unità operative come obiettivi individuali.

La valutazione degli obiettivi individuali avviene all'interno dei processi di misurazione e valutazione della performance che si conclude con l'attribuzione della retribuzione di risultato. Assegnati gli obiettivi operativi con i relativi indicatori di misurazione, concluso l'anno solare, si avviano i processi di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale; la prima è finalizzata alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Istituto e alle strutture organizzative, mentre la seconda è finalizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati individualmente al personale.

Il processo si conclude con la redazione e l'approvazione di un documento di rendicontazione della performance denominato "Relazione sulla *Performance*".

In prima istanza sono state pertanto individuate le aree strategiche in cui l'Istituto intende operare, nel triennio 2023-2025 e nell'ambito di ciascuna area sono definiti gli obiettivi strategici che sono poi stati articolati in più obiettivi operativi.

L'intero impianto è stato costruito nell'ambito del processo di analisi del contesto normativo, demografico, sociale, economico e di struttura dell'Istituto che ha fornito le linee guida per l'individuazione dell'iter strategico e operativo da seguire.

Il ciclo gestionale della performance si sviluppa, inoltre, in maniera coerente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, il piano triennale dei fabbisogni di personale e con il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

3.2.6.1 Obiettivi Strategici

L'IRCCS CROB, nel triennio 2023-2025, si propone di intervenire sulle seguenti macro aree, non elencate necessariamente in ordine di rilevanza:

- 1) **Obiettivi ministeriali definiti dal D.Lgs. n.200/2022 per il riconoscimento del carattere scientifico** (rif. Allegato 3 del D.Lgs 200/2022);
- 2) **Obiettivi strategici regionali:** assicurare la piena aderenza alla programmazione regionale secondo quanto definito dalla DGR 136/2023 "DGR 287 del 16.4.2021 come modificata ed integrata dalla DGR 272/2022- Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le direzioni generali delle aziende ASP, ASM E AOR SAN CARLO DI POTENZA e per la direzione generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture – anni 2021-2023- Modifica ed integrazione anno 2023"
- 3) **Performance organizzative e cliniche aziendali:** migliorare gli standard quali/quantitativi assicurando la centralità del cittadino utente e perseguire obiettivi strategici aziendali;
- 4) **Gestione economico finanziaria:** migliorare l'efficienza nell'impiego delle risorse garantendo l'equilibrio economico-finanziario nella gestione;
- 5) **Ricerca:** sviluppare e potenziare la Ricerca Traslationale in ambito oncologico per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neoplastiche;
- 6) **Trasparenza e prevenzione della corruzione:** implementare processi finalizzati all'*accountability* ossia la responsabilità, da parte del personale che impiega risorse finanziarie pubbliche, di rendicontarne l'uso sia sul piano della regolarità dei conti sia su quello dell'efficacia della gestione e adempiere a tutte le misure di prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza previsti nel piano aziendale
- 7) **Obiettivi di mandato:** che saranno assegnati al Direttore Generale con il conferimento dell'incarico.

Per il perseguimento di tali obiettivi, oltre alle strategie ed agli interventi aziendali, la Regione Basilicata individua, con atti propri, gli indirizzi fondamentali, le traiettorie di sviluppo e le azioni prioritarie per le Aziende Sanitarie monitorando i principali risultati di attività ed i principali standard qualitativi delle prestazioni erogate con particolare riferimento agli *outcome* (in particolare in termini di appropriatezza, efficacia, tempestività).

Tanto premesso, la programmazione aziendale è pertanto finalizzata all'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA, in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza, con il vincolo che le azioni da mettere in campo sono vincolate alla sostenibilità economica, declinata nel rispetto della programmazione regionale sui costi di produzione, nell'equilibrio economico-finanziario, nel sistema di controllo interno di, revisione di bilancio e di adempimenti informativi relativi alla contabilità analitica Regionale.

Area 1 Obiettivi ministeriali definiti dal D.Lgs. n.200/2022 per il riconoscimento del carattere scientifico

Il D. Lgs n.200/2022 individuati i seguenti indicatori e soglie di valutazione ai fini della verifica del possesso dei requisiti per il riconoscimento del carattere scientifico di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288:

- 1) Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno: la soglia viene fissata a 900 punti di IFN/anno;
- 2) «Field Weight Citation» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea;
- 3) «% International Collaboration» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea;
- 4) «% National Collaboration» delle pubblicazioni maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazionale ed europea.

Are 2 - 3 - 4 - Obiettivi regionali, performance organizzative e cliniche e gestione economico finanziaria.

La Regione Basilicata con D.G.R. n.287/2021 come aggiornata dalla D.G.R. 136/2023 ha stabilito per il triennio 2021-2023 un sistema di valutazione degli obiettivi delle AA.SS. regionali articolato nelle seguenti aree di risultato:

- Tutela della salute
- Performance organizzative e cliniche aziendali
- Gestione economico finanziaria
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali.

Per ciascuna area di risultato sono declinati obiettivi assegnati a ciascuna Azienda Sanitaria in relazione alle specifiche missioni. Per il CROB sono stati individuati 25 obiettivi che nell'ambito della programmazione aziendale del budget sono condivisi ed assegnati a ciascun Centri di Responsabilità in relazione alle proprie specificità, nonché le direttive stabilite a livello Nazionale definite con la Legge n. 145 del 31.12.2018 all'articolo 1 comma 510 e seguenti, finalizzati a monitorare e garantire l'efficienza operativa.

Nell'ambito delle Performance organizzative e cliniche, oltre agli obiettivi regionali l'Istituto intende migliorare gli standard qualitativi e quantitativi assicurando la centralità del cittadino utente.

In particolare, si intende perseguire il miglioramento degli standard qualitativi sviluppando un'attenzione diffusa sul tema dell'appropriatezza delle prestazioni e del governo clinico e privilegiando la gestione per processi. Pertanto, è necessario rafforzare ulteriormente, oltre quanto già realizzato, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida relative ad una patologia tumorale nella specifica realtà organizzativa del IRCCS CROB, in relazione alle risorse disponibili. I PDTA, infatti, si configurano come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia reparti che servizi), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

L'IRCCS CROB riconosce nei percorsi assistenziali lo strumento essenziale attraverso cui garantire la corretta gestione del paziente oncologico, assicurandone la presa in carico globale. In tal senso, l'Istituto promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA, intesi, in senso più ampio, quali modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi alle specifiche patologie oncologiche. Per favorire il

conseguimento di tale obiettivo, l'Istituto agisce assicurando la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli attori interessati, anche mediante l'impiego degli strumenti della negoziazione di budget, dotandosi altresì delle soluzioni organizzative e tecnologiche più opportune.

Ulteriori priorità per l'Istituto sono la centralità dell'utente e l'umanizzazione delle cure da sviluppare con una serie di iniziative finalizzate, tra l'altro, a migliorare "l'esperienza complessiva del paziente"; infatti la qualità dell'esperienza complessiva dei pazienti non è legata solo all'eccellenza dei risultati clinici, ma è legata al soddisfacimento dei bisogni del paziente che deve sentirsi al centro di un piano di cura coordinato e condiviso e deve ricevere servizi di assistenza ed alberghieri all'altezza di un Istituto di eccellenza, anche organizzativa, cui ambisce essere il CROB.

Nell'ambito della gestione economico finanziaria, in un contesto come quello sanitario nazionale e regionale, caratterizzato da disponibilità contingentata delle risorse, la miglior risposta al bisogno deve essere perseguita soprattutto attraverso l'efficienza organizzativa finalizzata ad individuare ed assicurare il percorso più appropriato per il paziente.

Il punto focale è che, indipendentemente da quante risorse siano complessivamente disponibili, l'attenzione deve essere rivolta ad impiegare nel modo migliore possibile le risorse disponibili con le conseguenti implicazioni per l'efficienza e l'equità.

In tal senso, l'Istituto intende focalizzare l'attenzione sull'efficienza organizzativa intesa come la capacità di massimizzare, a parità di altre condizioni, il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti.

L'equilibrio economico di bilancio, il rispetto delle procedure amministrativo-contabili rappresentano una priorità di gestione, pertanto a ciascun responsabile di CdR viene assegnato un budget di spesa ed alle strutture amministrative preposte viene assegnata la responsabilità del periodico monitoraggio della spesa e degli scostamenti rispetto al budget.

Area 5 – La Ricerca

La ricerca rappresenta un elemento centrale della *Mission* dell'Istituto.

In quanto IRCCS, l'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale e si caratterizza per l'assoluta integrazione tra la ricerca sperimentale e la pratica clinica. Attualmente l'attività di ricerca corrente dell'IRCCS-CROB è incardinata su tre linee di ricerca.

Evidente la necessità di un aggiornamento sostanziale che persegua nell'immediato gli obiettivi minimali della conferma di IRCCS e della certificazione OECl come il rilancio dell'azione nell'ambito delle reti di pertinenza.

In particolare, nel biennio 2023-24 si prevede il potenziamento il numero di pubblicazioni impattate per raggiungere i seguenti risultati così come definito ed approvato nel Collegio di Direzione del 22/12/2021 e che di seguito si riporta:

UU.OO	Planning 2022 IFN
Anatomia Patologica	20
Anestesia e Rianimazione	3
Cardiologia	9,2
Chirurgia Addominale	15
Chirurgia Plastica	9,5
Chirurgia Senologica	10
Chirurgia Toracica	10
Dermatologia	3
Direzione sanitaria	5
Ematologia	200
Endoscopia	8,5
Epidemiologia	28,6
Farmacia	10
Ginecologia	5
Laboratorio di Ricerca	350
Laboratorio Analisi	15
Medicina Nucleare	14
Oncologia	150
Radiologia	5
Radioterapia	16,3
Urologia	5
Totale Pubblicazioni	892,1

Area 6 – Trasparenza, prevenzione della corruzione ed accountability

È universalmente riconosciuto che trasparenza, prevenzione della corruzione e più in generale l'accountability costituiscono i maggiori driver per il miglioramento della qualità dei sistemi sanitari.

Infatti, l'accountability di una azienda sanitaria pubblica è diventata nel corso degli ultimi anni un concetto che veicola altri significati ed altre finalità quali indirizzare le scelte dei cittadini, introdurre elementi di competitività tra i servizi, orientare i comportamenti dei professionisti ed utilizza la "trasparenza" quale presupposto e condizione necessaria per affermarsi.

Sebbene la sua applicazione non sia priva di aspetti problematici, l'Istituto intende rafforzare la propria accountability attraverso il progressivo rafforzamento dei meccanismi e delle procedure mediante le quali rendiconta pubblicamente il proprio operato. Le responsabilità gestionali a tutti i livelli dell'Istituto devono trovare in questo processo un utile strumento per interloquire con i cittadini, rendere efficiente l'uso delle risorse e sfruttare la tensione esistente tra il principio di trasparenza assunta a valore assoluto e la possibilità di far sviluppare, all'interno della propria organizzazione, efficaci sistemi per il miglioramento della qualità.

Gli obiettivi e le misure adottate per la prevenzione della corruzione e della trasparenza sono definiti nella Sezione dedicata del presente documento e sono state integralmente correlate agli obiettivi di budget di ciascun Centri di Responsabilità.

Area 7 – Obiettivi di mandato

Nelle more dell'espletamento della procedura di nomina del Direttore Generale e della relativa assegnazione degli obiettivi di mandato, la direzione aziendale ritiene necessario mantenere alcuni degli obiettivi assegnati al precedente Direttore Generale che sono di seguito indicati:

- 1) **Equilibrio Economico-Finanziario.** Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi e garantire il rispetto delle procedure amministrativo e contabili.
- 2) **Governo dei tempi di attesa.** Rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO) ; rispetto delle prescrizioni contenute nella DGR n. 570 del 07.08.2019 recante il Piano attuativo regionale per il governo delle liste d'attesa relativo al triennio 2019-2021.
- 3) **Garanzia del rispetto del debito informativo.** Garantire il corretto, costante, completo e tempestivo adempimento del debito informatico, con particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo intesa Stato -Regione del 23.3.2005) e regionali.
- 4) **Sanità digitale.** Garantire la piena attivazione del fascicolo sanitario Elettronico e del sistema regionale di Telemedicina.
- 5) **Trasparenza e lotta alla corruzione.** Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, in particolar modo con riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale nonché di mettere in atto tutte le azioni previste dal Piano Aziendale di lotta alla corruzione, prevedendo il suo aggiornamento.

3.2.6.2 Obiettivi Gestionali

La strategia di un ente si traduce in operatività virtuosa quando viene applicato un approccio coerente, in grado di fare perno sulla programmazione e di tradurre le linee programmatiche del mandato in obiettivi ben individuati prima e in azioni conseguenti poi, correlandoli alle risorse disponibili e al contesto operativo interno ed esterno.

Gli obiettivi gestionali assegnati per il corrente anno riguardano tutte le macrostrutture aziendali e le strutture titolari di budget e si caratterizzano per essere:

- Coerenti, rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte politiche e strategiche dell'azienda;
- pertinenti, misurabili, chiari e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riferibili ad un arco temporale annuale;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'albero della performance, che rappresenta l'insieme degli obiettivi aziendali da assegnare ai responsabili dei CdR, è di seguito riportato:

Codice	Area Strategica	Obiettivo	Indicatore di misura	Formula/Note per l'elaborazione	Target
2.a.4	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Area Clinica	Percentuale di ricoveri effettuati in day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici/N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA Chirurgici (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 85: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 45 e 85: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 45: obiettivo non raggiunto
2.a.9	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Area Clinica	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno alla mammella	L'indicatore misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 80: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 70 e 80: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 70: obiettivo non raggiunto
2.a.10	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Area Clinica	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella / n. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Meno di 25: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 30 e 25: obiettivo raggiunto al 50%; Più 30: obiettivo non raggiunto
2.a.18	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Area Clinica	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica Denominatore: N. di ricoveri per acuti in DH (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Meno di 5: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 8 e 5: obiettivo raggiunto al 50%; Più 8: obiettivo non raggiunto
2.b.1	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Organizzativa	Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri	n. ricoveri con diagnosi principale o secondaria tumorale/N. di Ricoveri Per diagnosi tumorale si considerano i seguenti codici ICD9CM (2007) >= 140 e <-2399, oppure V580 oppure V5811. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 90: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 80 e 90 : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 80: obiettivo non raggiunto
3.a.2	Gestione Economico Finanziaria	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari	Note per l'elaborazione: Si considerano al numeratore e al denominatore le unità posologiche relative ai biosimilari dell'ATC 5° livello. Numeratore: Totale unità posologiche solo biosimilari Denominatore: Totale unità posologiche (biosimilari + originator) (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 65: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 65 e 45: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 45: obiettivo non raggiunto
3.d.1.	Gestione Economico Finanziaria	Efficienza mobilità ospedaliera	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	La previsione per il recupero della spesa sostenuta dal sistema sanitario lucano per i ricoveri eseguiti in mobilità passiva dai propri residenti è basata sulle informazioni relative all'anno 2019 (ultimo anno disponibile). In particolare sono stati selezionati i primi DRG in ordine decrescente di spesa su cui fondare il miglioramento dell'attuale situazione debitoria. La valutazione dell'indicatore viene effettuata secondo la seguente modalità: Per ogni DRG selezionato viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile, in base alla politica di recupero della spesa prevista. Ciascuna azienda concorre in egual misura nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa per il DRG selezionato e su cui ha la capacità di intervenire, segnalata con una X nella tabella riassuntiva successiva. L'indicatore annuale è il numero dei DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale. I DRG considerati per il CROB: 256, 481, 359, 075, 149, 569, 410, 570, 492, 290, 203.	TARGET NON RAGGIUNTO 0% - MENO DI 2 PARZIALE 50% - TRA 2 E 8 COMPLETO 100% - PIU DI 8
3.d.2.	Gestione Economico Finanziaria	Efficienza mobilità ospedaliera	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera	Note per l'elaborazione: Tutte le aziende concorrono in egual misura al raggiungimento del miglioramento del saldo mobilità ospedaliera della regione Numeratore: Valore economico della mobilità attiva ospedaliera Denominatore: Valore economico della mobilità passiva ospedaliera Somma dei FWCI dei Dirigenti Medici dell'Azienda/N. Dirigenti Medici	TARGET NON RAGGIUNTO 0% - MENO DI 0,58 PARZIALE 50% - TRA 0,58 E 0,62 COMPLETO 100% - PIU DI 0,62
4.a.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Filed Weighted Citation Impact (FWCI) per Dirigenti	Si considerano le pubblicazioni (articles and review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nel Data Base Scopus nel triennio precedente (per esempio per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022) L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) così come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della salute. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 2 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 1 e 2 : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 1: obiettivo non raggiunto

4.a.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Numero medio pubblicazioni per dirigente	Totale Pubblicazioni/N. Dirigenti Medici Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicate nel Data Base Scopus nel triennio precedente (per esempio per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022) L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) così come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della salute. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 2 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 1 e 2 : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 1: obiettivo non raggiunto
4.a.3	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Percentuale di dirigenti medici produttivi	Note per l'elaborazione: Il dato sui dirigenti medici produttivi è ricavato da SciVal, mentre il dato sul numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'azienda è fornito dall'Azienda stessa. Con "produttivo" si intende un dirigente medico che, al contempo, sia in possesso di un codice univoco Scopus ed abbia pubblicato almeno un prodotto a partire dall'anno 1996. Numeratore: Numero di dirigenti medici dell'ADU con codice univoco Scopus e almeno un prodotto pubblicato a partire dal 1996 Denominatore: N. dirigenti medici impiegati al 1 gennaio dell'anno di valutazione (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 70 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 50 e 70: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 50: Obiettivo non raggiunto
4.b.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Cure palliative	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg	Numeratore: Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni Denominatore: Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 85 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 50 e 85: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 50: Obiettivo non raggiunto
4.c.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	(Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.) Assenza di negatività	Assenza di negatività
4.c.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	Numero di schede con errore riscontrato che genera scarto / Numero totale di schede prodotte (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Meno di 3: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 3 e 5: Obiettivo raggiunto al 50%; Più di 5: Obiettivo non raggiunto
4.c.3	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	Numero di schede con errore riscontrato che genera anomalia / Numero totale di schede prodotte (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Meno di 10: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 10 e 20: Obiettivo raggiunto al 50%; Più di 20: Obiettivo non raggiunto
4.c.4	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	Numeratore: Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti Denominatore: Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 35: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 25 e 35: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 55: Obiettivo non raggiunto
4.c.5	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	Numeratore: Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal "flusso consumi" ministeriale NSIS Denominatore: Costi rilevati dal Modello di conto economico (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 95: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 80 e 95: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 80: Obiettivo non raggiunto
4.d.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha adottato/attualizzato e inviato entro il 30 giugno (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli Atti regionali di programmazione. Il Piano aziendale deve necessariamente contenere almeno tutte le seguenti condizioni: - implementazione delle raccomandazioni ministeriali (almeno 80% di quelle potenzialmente applicabili in Azienda, tenendo conto delle peculiarità dei contesti aziendali) - implementazione delle procedure per la riduzione delle infezioni legate all'assistenza (compreso il contesto delle residenze). - attuazione dei contenuti del piano nazionale di contrasto alla antibiotico resistenza (accordo REP atti 188 del 2.11.2017) La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha adottato/attualizzato e inviato entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il proprio piano aziendale oppure anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.d.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso entro il 28/02 dell'anno successivo la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti al Dipartimento Politiche della Persona. La relazione dovrà contenere specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo dell'anno di riferimento la relazione sullo stato di attuazione del piano e non contiene specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.d.3	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico secondo le indicazioni del PNCAR	tutte le Aziende del SSR produrranno una relazione semestrale -a partire dal II semestre 2022 - all'Ufficio Pianificazione sanitaria sull'uso del prodotto, sulle azioni messi in campo e i risultati raggiunti. La relazione dovrà contenere i dati di consumo espressi secondo le indicazioni dell'OMS per singolo presidio. Calcolo: Numeratore: prodotti contenenti gel idroalcolico consumati per l'igiene delle mani espresso in CC Denominatore: N. giornate di degenza singolo P.O.	meno di 14 cc per giornate di degenza - 0% da 15 a 19 cc per giornate di degenza - 50% uguale o maggiore di 20 cc per giornate di degenza - 100%
4.e.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Controllo cartelle cliniche	Verifica del programma delle cartelle cliniche	Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo definito dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'azienda non ha realizzato il programma di controllo. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.h.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Monitoraggio spesa del personale sanitario	Contenimento della spesa del personale sanitario	Note per l'elaborazione: La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda ha sforato il limite di spesa annuale per il personale, fissato dalla deliberazione di Giunta regionale 26.05.2022, n. 302. La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha rispettato il tetto di spesa annuale per il personale fissato con la predetta deliberazione di Giunta regionale.	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.h.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Monitoraggio spesa del personale sanitario	Attuazione e approvazione PTFP 2023-2025	La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha rispettato i tempi stabiliti per l'adozione ed approvazione del PTFP e può essere ulteriormente sanzionata mediante decurtazione di punteggio sulla valutazione per ogni settimana di ritardo tetto di spesa annuale per il personale fissato con la predetta deliberazione di Giunta regionale	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.h.3	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Monitoraggio spesa del personale sanitario	Attuazione PTFP 2023-2025	Numeratore: Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno. Denominatore: Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2023-25 per il medesimo anno. Calcolo: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100 (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 302/2022 e s.m.i.)	Più di 75: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 51 e 75 : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 50: obiettivo non raggiunto
4.i.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Percorso paziente chirurgico programmato	Attuazione dei contenuti dell'Intesa 100/CSR del 9 luglio 2020 paziente chirurgico programmato	Calcolo: presenza dei report di monitoraggio sugli indicatori contenuti nelle linee guida (Per il calcolo si fa riferimento alla DGR 875/2020)	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
A.1.1	Performance organizzative e cliniche aziendali	Rispetto del budget e monitoraggio della spesa per beni sanitari	Spesa per dispositivi medici rispetto al valore di budget assegnato	Spesa a consuntivo per dispositivi medici del CDR/Budget assegnato	Minore o uguale a 1 : obiettivo raggiunto al 100%; Maggiore di 1: obiettivo non raggiunto Il presente obiettivo si sterilizza se l'obiettivo A.1.3 è raggiunto al 100%
A.1.2	Performance organizzative e cliniche aziendali	Valore della produzione sanitaria	Valore della produzione sanitaria>= del budget assegnato	Valore della produzione sanitaria (Ricavi per ricovero + Ricavi per prestazioni ambulatoriali SSN + Ricavi per File F) = Budget assegnato al CDR	Maggiore o uguale di 1: obiettivo raggiunto al 100% Minore di 1 : obiettivo non raggiunto;
A.1.3	Performance Organizzative e cliniche	Margine di contribuzione	Mantenimento dell'equilibrio economico finanziario	I Margine di contribuzione anno coerente => I Margine di contribuzione anno t-1	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%

A.1.4	Performance organizzative e cliniche aziendali	Efficienza mobilità ospedaliera	Recupero della mobilità passiva ospedaliera Codice 3.d.1	Incremento del numero dei ricoveri per residenti in Basilicata con DRG rispetto all'anno precedente	N. ricoveri residenti Basilicata (Anno corrente) > N. ricoveri residenti Basilicata (anno precedente) DRG 256 Altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo 481 Trapianto di midollo osseo 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC 075 Interventi maggiori sul torace 149 Interventi maggiori su intestino crasso 569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta 570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore 492 Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di Ite dosi di agenti chemioterapici 290 Interventi su tiroide 203 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas
A.1.5	Performance organizzative e cliniche aziendali	Customer Satisfaction	Somministrazione dei questionari di C.S. almeno 2 volte anno	Per ciascun round di somministrazione invio alla Direzione Sanitaria a mezzo protocollo aziendale dei questionari somministrati	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
A.1.6	Performance organizzative e cliniche aziendali	Formazione	Definire le attività di formazione per l'anno successivo da condividere con il personale assegnato	Invio del piano di formazione alla Direzione Generale entro il 30/09 dell'anno corrente	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
A.1.7	Performance Organizzative e cliniche	GOM	Partecipazione attiva ai GOM	% di Partecipazione ai GOM di pertinenza (il tasso di partecipazione verrà fornito dal responsabile del GOM)	Almeno 90%: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 89 e 75 %: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 75%: obiettivo non raggiunto
A.1.8	Ricerca	Potenziamento della Ricerca scientifica	Produzione scientifica espressa in IF	Valore della produzione scientifica espressa in IF da parte del personale afferente alla U.O.	Il target per singola U.O. è quello definito e approvato nel Collegio di Direzione del 21/12/2021 Più di 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 75 e 94,9% : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 75%: obiettivo non raggiunto
A.1.9	Altri Obiettivi	Telemedicina	Avviamento servizi di telemedicina con piattaforma Phoema	Attivazione di agende dedicate di telemedicina su Piattaforma Phoema nelle U.O. di Oncologia, Ematologia, GOM e Radioterapia	Più di 75%: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 50 e 75% : obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 50%: obiettivo non raggiunto

3.3 *Rischi corruttivi e trasparenza*

3.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aggiornamento 2023-2025 è riportato in Allegato n.1

3.3.2 Misure di prevenzione 2023

Le misure di prevenzione 2023 sono riportate in Allegato n.1 al PTPTC.

3.3.3 Elenco degli obblighi di pubblicazione

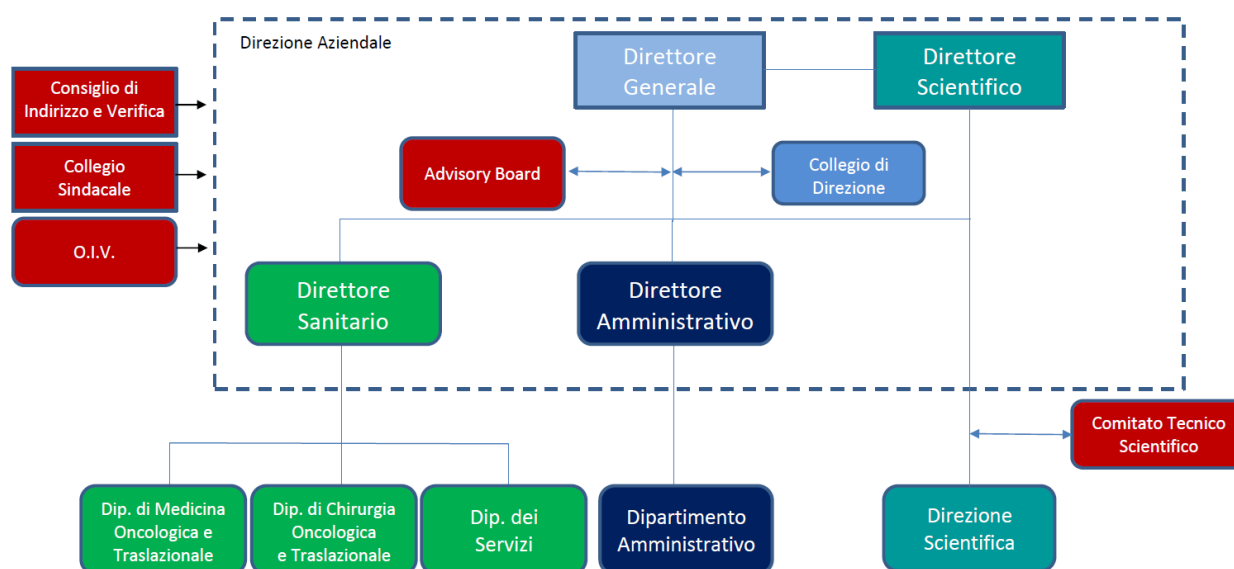
L'elenco degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2023 sono riportati in Allegato n.2 al PTPTC.

4 Sezione III – Organizzazione e Capitale Umano

4.1 Organizzazione

L'Istituto ha una organizzazione di tipo Dipartimentale. I Dipartimenti sono la sede in cui si esercita il governo clinico e hanno la caratteristica di gestire le risorse ad essi attribuite sia di personale che di beni e servizi, perseguendo finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. 502/92, e ss.mm.ii. è affidata al Direttore di Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali ed è responsabile dell'appropriato utilizzo delle risorse assegnate al Dipartimento stesso. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa del Dipartimento e mantiene di norma la direzione della Unità Operativa di origine. I responsabili di Unità Operativa Complessa e di Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale rispondono direttamente al Direttore di Dipartimento e sono nominati dal Direttore Generale.

Di seguito si riporta l'Organigramma Aziendale attualmente in vigore:



4.2 Risorse Umane

Il personale dell'Istituto ha sviluppato una forte attenzione al paziente sia negli aspetti dell'accoglienza che negli aspetti clinici; le attività svolte sono improntate alle buone pratiche cliniche e orientate agli aspetti della ricerca più avanzata. I buoni risultati ottenuti dall'Istituto in termini di rapporto operatore-paziente sono imputabili all'impegno profuso quotidianamente dal personale che agisce con entusiasmo e passione ed all'attenzione posta dal management sulla gestione dell'operatività quotidiana.

Il personale strutturato al 31/12/2022 presso l'Istituto era pari a 449 unità. La maggior parte delle unità di personale in forza, sia dirigenziali che di comparto, è collocata nel ruolo sanitario.

La grafica che segue riporta la composizione del personale.

PERSONALE STRUTTURATO AL 31.12.2022 (al netto dei dipendenti in aspettativa e/o in lunga assenza)

DIRIGENZA	
Dirigenza Sanitaria	16
Dirigenza Medica	68
Dirigenza Amministrativa	3
Dirigenza Professionale	2
Totale personale della Dirigenza	89
COMPARTO	
Ruolo Tecnico	85
Ruolo Amministrativo	44
Ruolo Professionale	1
Ruolo Sanitario	203
Totale Personale del Comparto	333
Totale Dirigenza e Comparto	422
COMPARTO RICERCA (Piramide)	
Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	9
Ricercatore sanitario	18
Totale Personale del Comparto Ricerca	27
TOTALE GENERALE	449

La programmazione dei fabbisogni del personale per il triennio 2023-2025 è stata sviluppata con i seguenti atti:

- Delibera n. 651 del 12/12/2022 "DGR di Basilicata n.202200818 del 01.12.2022 - Approvazione Piano Triennale Dei Fabbisogni di Personale 2023-2025- Presa d'atto- Adozione Definitiva";
- Delibera n. 590 del 20/10/2022 "Deliberazione n.574 del 14/10/2022- errata corrige";

- Delibera n. 91 del 20.03.2023 “D.lgs. n.200 del 23.12.2022- Integrazione piano dei fabbisogni”

Il piano dei fabbisogni del personale, con contratto a tempo indeterminato, per l’anno 2023 è di seguito sintetizzato:

a) Nuove assunzioni:

- n. 1 Dirigente medico Legale
- n. 1 Dirigente medico Dermatologo;
- n. 1 Dirigente medico di Diagnostica per immagini;
- n.1 Dirigente medico di Chirurgia Addominale;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia toracica;
- n. 1 Dirigente medico di Ematologia
- n. 1 Dirigente Farmacista;
- n. 1 Dirigente Avvocato;
- n.3 C.P.S. Tecnico Sanitario di Radiologia Medica;
- n.6 OSS;

b) Personale destinato alla ricerca:

- n. 5 Ricercatore sanitario cat.DS;
- n. 2 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria;

c) Personale la cui assunzione è prevista nel piano di rimodulazione 2022-2024 e le cui procedure di reclutamento saranno avviate nel 2023:

- n. 1 Dirigente medico Oncologo per la Direzione Scientifica;
- n. 2 Dirigente medico di Ematologia;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Toracica;
- n. 1 Dirigente Amministrativo;
- n. 5 Dirigente Medico Anestesista.

4.3 Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)

Le modalità con cui sono state regolamentate le prestazioni lavorative in modalità “agile” sono state definite nella Comunicazione ai dipendenti del 01/12/2020 pubblicata sul sito istituzionale. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile verrà definito nel corso del 2023.

4.4 Formazione

Il Piano di formazione aziendale per l’anno 2023 è in fase di definizione.

5 Sezione IV – Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio dei risultati conseguiti. Il monitoraggio coinvolge le diverse componenti dell'Istituto e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Come previsto dal SMVP (sistema di misurazione e valutazione delle performance) l'Istituto avvia un monitoraggio intermedio sul grado di attuazione degli obiettivi di performance istituzionali rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di adottare tempestivamente, in corso d'anno, eventuali azioni correttive al fine di evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati. Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate all' OIV.

Il monitoraggio e le verifiche relative agli obiettivi di performance rientrano tra le competenze di ciascun responsabile/direttore di CdR con il supporto del controllo di gestione aziendale.

La Direzione Aziendale monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso un cruscotto di indicatori reso disponibile sul sistema datawarehouse aziendale.

Tra gli strumenti di supporto per il monitoraggio periodico relativo al raggiungimento degli obiettivi aziendali e dei CdR c'è inoltre il Rapporto di Controllo di Gestione pubblicato trimestralmente e la reportistica ad hoc elaborata dal Controllo di Gestione.

Il ciclo della performance si chiude annualmente con la Relazione sulla Performance che riporta, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione sulla performance è redatta dal Controllo di Gestione entro il 30 giugno di ciascun anno.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base annuale da parte dell'OIV. Infatti, secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009, l'OIV svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Istituto rispetto agli obiettivi programmati, segnalando alla Direzione Aziendale l'eventuale esigenza di interventi correttivi; valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance verificando la corretta attuazione di quanto previsto nel SMVP.

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è effettuata secondo le indicazioni di ANAC. In particolare, il RPCT e i referenti di supporto alle attività del RPCT assicurano:

- il monitoraggio periodico del PTPC, al fine di verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione ivi previste e la loro idoneità;
- un'attività di controllo sull'attuazione da parte delle strutture dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- la segnalazione dei casi di inadempimento, ritardato adempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione al RPCT;
- la segnalazione al RPCT delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Per quanto concerne il raggiungimento degli obiettivi di performance inerenti la prevenzione della corruzione, il monitoraggio avviene all'interno dei processi specifici previsti dal Sistema di Misurazione e Valutazione della performance aziendale.

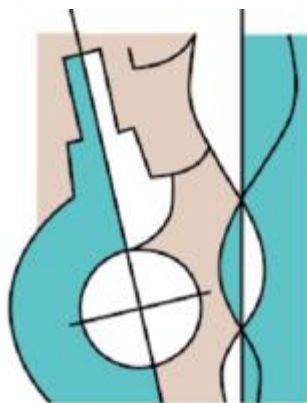
La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., e rappresenta essa stessa l'oggetto di una complessa disciplina normativa.

Il RPCT assicura il monitoraggio periodico del rispetto del piano della trasparenza verificando l'effettiva pubblicazione degli obblighi di trasparenza in capo all'Istituto, inoltre entro il 31/01 di ciascun anno redige una relazione a consuntivo circa l'attuazione di quanto previsto dal PTT.

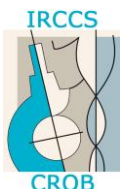
L'OIV svolge il monitoraggio annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza così come previsto dalle linee guide ANAC in materia.

All. 1 del PIAO

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA



AGGIORNAMENTO 2023 – 2025



INDICE

Normativa di riferimento.....	Pag. 4
Definizione di corruzione.....	Pag. 7
Premessa.....	Pag. 8
Il valore pubblico.....	Pag. 8
Introduzione al PTPCT dell'IRCCS CROB.....	Pag. 9
SEZIONE I^a – PARTE GENERALE.....	Pag. 11
Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del PTPCT dell'IRCCS CROB.....	Pag. 12
Adozione, modalità di aggiornamento e validità temporale.....	Pag. 12
Collegamento con il ciclo delle performance.....	Pag. 13
SEZIONE II^a – SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ.....	Pag. 15
I soggetti coinvolti nel percorso di prevenzione e repressione della corruzione.....	Pag. 16
Il direttore generale.....	Pag. 16
Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	Pag. 17
Funzioni del Responsabile per la prevenzione della corruzione.....	Pag. 18
Responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	Pag. 20
I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione.....	Pag. 22
Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione.....	Pag. 22
Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	Pag. 23
L'Ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D.	Pag. 24
Tutti i dipendenti dell'Istituto.....	Pag. 25
Compiti dei dipendenti, dei titolari di incarico di funzione di organizzazione e dei dirigenti.....	Pag. 25
Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione.....	Pag. 26
I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto.....	Pag. 27
SEZIONE III^a - IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....	Pag. 28
Le fasi del processo di gestione del rischio di corruzione.....	Pag. 29
Il contesto esterno.....	Pag. 29
La Basilicata.....	Pag. 31
Attività produttive.....	Pag. 32
Analisi statistica - Area sociale.....	Pag. 33
Area economica.....	Pag. 33
Area demografica.....	Pag. 33
Analisi criminologica.....	Pag. 34
Il contesto interno.....	Pag. 35
Organizzazione.....	Pag. 35
Elenco strutture complesse e semplici.....	Pag. 37
Risorse umane.....	Pag. 37
Posti letto.....	Pag. 39
SEZIONE IV^a – IL RISCHIO.....	Pag. 40
Inquadramento concettuale del rischio - Individuazione delle aree di rischio.....	Pag. 41
Le fasi principali di un sistema di risk management.....	Pag. 41
Modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori per ciascuna area di rischio.....	Pag. 43
La gestione del rischio.....	Pag. 43
Mappatura dei processi attuati dall'istituto.....	Pag. 44
Valutazione del rischio.....	Pag. 44
Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo.....	Pag. 46
Il monitoraggio e le azioni di risposta.....	Pag. 46
Criteri di valutazione del grado di rischio.....	Pag. 47
Danno relativo e probabilità.....	Pag. 47
Valori e frequenze delle probabilità di rischio.....	Pag. 48
I processi aziendali dell'IRCCS CROB.....	Pag. 50
SEZIONE V^a – MISURE DI PREVENZIONE.....	Pag. 52
La trasparenza.....	Pag. 53
Rapporti tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati – RPD.....	Pag. 53

Processo di pubblicazione dei dati.....	Pag. 54
Accesso civico a dati e documenti.....	Pag. 55
Il Piano di comunicazione.....	Pag. 56
Il bilancio sociale.....	Pag. 58
Il Codice di comportamento.....	Pag. 58
Procedure per la comunicazione e la gestione del conflitto di interessi.....	Pag. 59
Associazioni o organizzazioni.....	Pag. 60
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....	Pag. 61
Il conflitto di interessi nelle procedure di appalto.....	Pag. 63
Strategia in materia di conflitto di interessi.....	Pag. 63
Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi – Caratteristiche.....	Pag. 64
Aspetti procedurali.....	Pag. 65
Rotazione del personale.....	Pag. 66
Svolgimento di incarichi d’ufficio - Attività ed incarichi extraistituzionali.....	Pag. 68
Pantouflage – Revolving Doors (Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro)..	Pag. 68
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower).....	Pag. 70
La formazione.....	Pag. 71
Termini dei procedimenti.....	Pag. 72
Procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.....	Pag. 72
I soggetti titolari del potere sostitutivo in caso di inerzia del responsabile del procedimento.....	Pag. 73
Procedure per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.....	Pag. 75
Dichiarazioni sostitutive di certificazioni.....	Pag. 76
Monitoraggio sul cumulo delle ore.....	Pag. 76
Liquidazioni rimborsi spese missioni.....	Pag. 76
Elaborazione cedolini stipendiali.....	Pag. 77
Conferimento incarichi di collaborazione e consulenza.....	Pag. 77
Affidamenti legali.....	Pag. 77
Analisi del contesto interno al fine di individuare criticità e punti di forza nelle procedure di acquisto.....	Pag. 80
Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da covid-19.....	Pag. 82
Il ciclo degli acquisti dell’IRCCS CROB.....	Pag. 83
Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l’affidamento di appalti e concessioni.....	Pag. 85
Patti di integrità.....	Pag. 86
Avvalimento.....	Pag. 87
Varianti in corso d’opera.....	Pag. 88
Progettazione lavori (affidamenti esterni).....	Pag. 89
Affidamenti mediante procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara.....	Pag. 90
Lavori caratterizzati da lunghi periodi di sospensione.....	Pag. 90
Riserve, accordi bonari, transazioni.....	Pag. 91
Sub appalti.....	Pag. 92
Sub appalto e sub contratto.....	Pag. 93
Project financing e il partenariato pubblico privato.....	Pag. 94
Vigilanza sul sistema di qualificazione.....	Pag. 95
Fornitura di beni e servizi, affidamenti in deroga alle procedure ordinarie, proroghe e rinnovi di contratti.	Pag. 95
Affidamenti diretti sulla base di valutazioni di esclusiva.....	Pag. 95
Attività libero professionale.....	Pag. 96
Gestione delle liste di attesa.....	Pag. 97
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	Pag. 98
Farmaceutica, dispositivi e altre deroghe.....	Pag. 98
Fasi e tempi di monitoraggio e trasparenza.....	Pag. 100

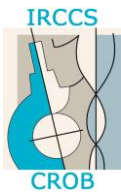
NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La Legge 6 novembre 2012 n.190, entrata in vigore il 28/11/2012, reca le “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”. Il provvedimento legislativo è emanato in attuazione dell’art. 6 della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato italiano con Legge n. 116 del 3 agosto 2009. La predisposizione di un Piano anticorruzione rappresenta l’occasione di adeguarsi alle migliori prassi internazionali, introducendo nell’ordinamento ulteriori strumenti in grado di dare nuovo impulso alle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo nella direzione, più volte sollecitato dal Groupe d’Etats contre la Corruption (GRECO) in seno al Consiglio d’Europa, dal Working Group on Bribery (WGB) e dal Implementation Review Group (IRG) per l’implementazione della Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite.

Norme di riferimento

- **Legge 190/2012** “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- **D.lgs. n. 39 del 08/04/2013** “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art.1, commi 49 e 50 L. 190;
- **D.lgs. n. 33 del 14/03/2013** “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **D.P.R. 16/04/2013 n. 62** “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.lgs. 30/03/2001, n.165”;
- **Legge n. 124/2015** “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (G.U. n. 187 del 13 agosto 2015), nello specifico dettato dell’art. 7 rubricato “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”;
- **Legge n. 208/2015** “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge di stabilità 2016), nello specifico dettato dell’art 1 comma 522 e 523 che assegna nuove responsabilità e compiti al responsabile della prevenzione della corruzione aziendale;
- **Legge n. 241/1990** “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”.
- **D.lgs. n. 165/2001** “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.

- **D.lgs. n. 97 del 25/05/2016** “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- **Legge 8 marzo 2017, n. 24** “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.
- **Articoli da 318 a 322 del Codice penale italiano;**
- **Legge n. 116 del 3 agosto 2009** “Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al Codice penale ed al codice di procedura penale”;
- **Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009** “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- **Piano Nazionale Anticorruzione** predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con delibera n. 72 del 11.09.2013 della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ANAC);
- **D.P.C.M. del 16/01/2013** “Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- **Circolare n. 1 del 25/01/2013** “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica;
- **Delibera n° 50/2013** dell’ANAC avente ad oggetto “Linee guida per l’aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”;
- **Determinazione n. 12 del 28/10/2015** dell’ANAC inerente “Aggiornamento 2015 al piano nazionale anticorruzione”.
- **Regolamento Europeo 2016/679: adempimenti in materia di privacy;**
- **Delibera n. 831 del 3 agosto 2016**, Piano Nazionale Anticorruzione 2016, dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.
- **Linee guida ANAC sul D.lgs. 97/2016** (Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal D.lgs. 97/2016);



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Rionero in Vulture (PZ)



REGIONE BASILICATA

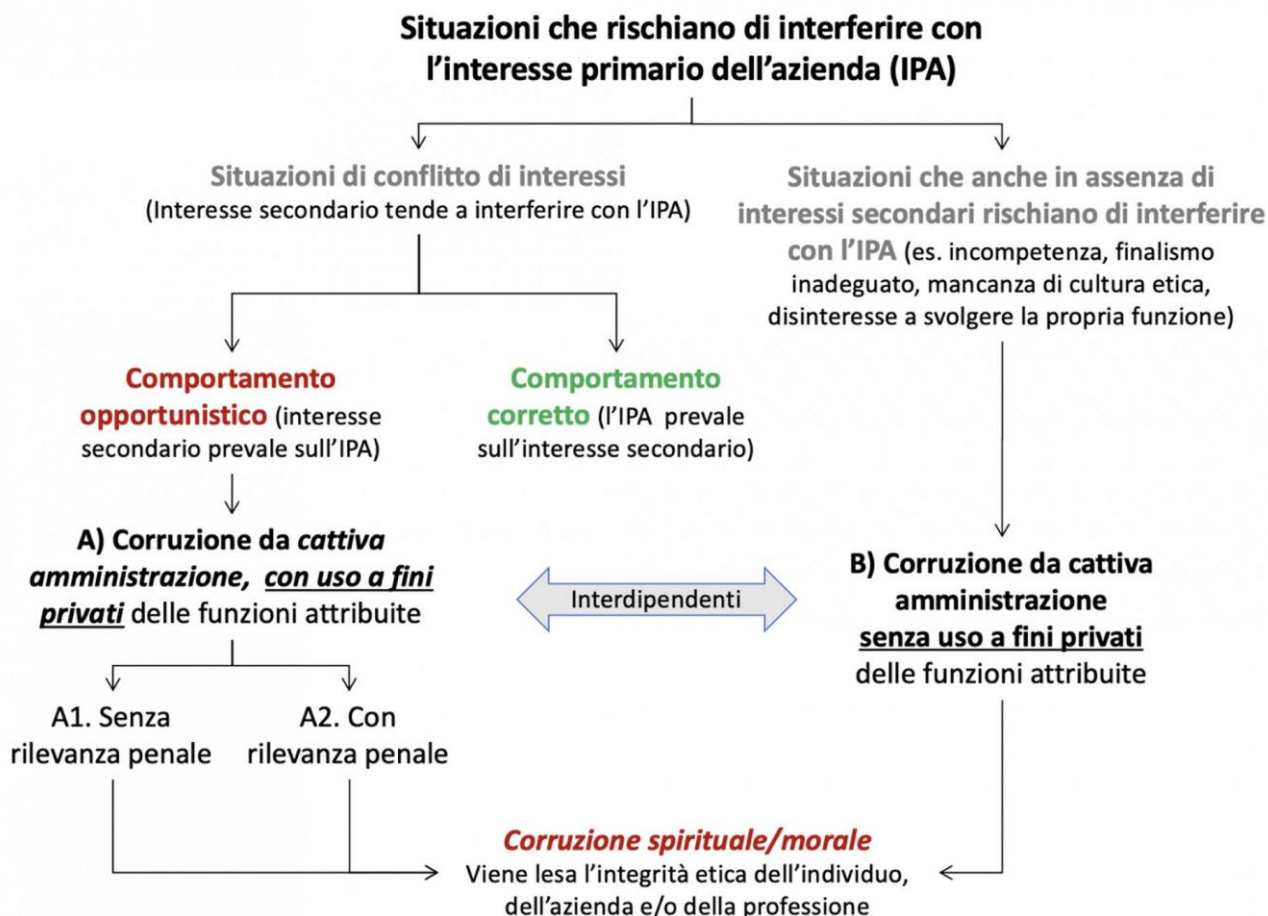
- **Delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017** “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- **Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** - Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- **Delibera ANAC n. 177 del febbraio 2020** – In materia di codici di comportamento;
- **Delibera n. 468 del 16 giugno 2021** - Oggetto Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27 D.lgs. n. 33/2013): superamento della delibera numero 59 del 15 luglio 2013 recante “Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, D.lgs. n. 33/2013)”.
- **Delibera 469 del 9 giugno 2021** - Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del D.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing).
- **Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023** – PNA 2022.

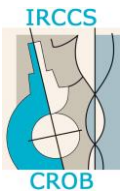
Definizione di corruzione

(Tratta dal libro E. Di Carlo (2020), *Il conflitto di interessi nelle aziende. Linee guida per imprese, amministrazioni pubbliche e non profit*, Giappichelli, Torino).

La corruzione è cattiva governance e gestione aziendale, è qualsiasi comportamento che si pone contro (o non favorisce) l'interesse primario dell'azienda, ossia si pone contro (o non favorisce) il bene comune. Essa è così definita in quanto:

- 1) rompe, in tutto o in parte, l'integrità degli attributi che qualificano l'azienda, quindi la sua possibilità di servire il bene comune;
e/o
- 2) pur mantenendo integri tali attributi, porta il sistema aziendale verso un interesse che allontana dal bene comune dell'azienda stessa, degli stakeholder e della collettività (Cap. III, p. 148).





Premessa

Il PNA 2022, approvato dall'ANAC con deliberazione n. 7 del 17 gennaio 2023, si colloca in un periodo storico complesso, il PNRR (Piano di Ripresa e Resilienza) e quindi, da una parte di fronte alla gestione di ingenti flussi di denaro da gestire e dall'altra di fronte alle deroghe alla legislazione ordinaria per esigenze di celerità pubblica che richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, nel contempo salvaguardando le esigenze di semplificazione e velocizzazione delle procedure amministrative.

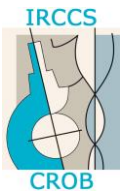
L'obiettivo è quello di protezione del valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, allo stesso tempo di generare valore pubblico al fine di produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese.

Il PNA è suddiviso in una parte generale e in una parte speciale. In considerazione dell'esigenza di affrontare le nuove sfide della riforma del PIAO e del PNRR, il PNA nella parte generale ha contenuti innovativi in riferimento alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, alle semplificazioni ulteriori introdotte (con particolare riferimento alle amministrazioni con meno di 50 dipendenti) e al monitoraggio. Per quanto riguarda la parte speciale, tutta la materia dei contratti in deroga è innovativa rispetto a quanto previsto in precedenti PNA così come quella sulla trasparenza in materia di contratti pubblici.

Il valore pubblico

Il concetto di Valore Pubblico ha trovato una prima definizione "istituzionale" italiana nelle Linee Guida 2017-2018-2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica e nella Relazione CNEL 2019: *il vero successo di una PA può essere espresso dalla capacità di migliorare il livello di benessere sia economico, sia sociale, sia ambientale percepito dai cittadini rispetto alle condizioni di partenza delle politiche e dei servizi.*

In epoca COVID-19, reimpostare l'azione delle PA italiane dalla burocrazia difensiva verso il Valore Pubblico diventa una necessità imprescindibile per evitare il crollo del Paese ma anche un'opportunità di accelerazione del cambiamento organizzativo e digitale vissuto durante il lockdown. In epoca COVID-19, le PA creano Valore Pubblico se e nella misura in cui riescano a trovare l'equilibrio dinamico tra salute pubblica, ripartenza economica, tenuta sociale e rispetto ambientale. Oggi più che mai, per creare Valore Pubblico occorre finalizzare verso esso le performance individuali, organizzative e istituzionali (cioè, gli impatti sul livello di benessere dei cittadini) delle PA. Oggi più che mai, per proteggere il Valore Pubblico occorre contenere i rischi (es. amministrativi, economico-finanziari, patrimoniali, di sicurezza, informatici, Oggi più che mai, occorre costruire una prospettiva integrata di miglioramento delle performance e di contenimento dei rischi verso l'orizzonte comune della generazione di Valore Pubblico: da un lato, il



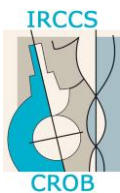
Performance Management (PM) aumenta la probabilità e la misura della creazione di valore, dall'altro lato il Risk Management (RM) diminuisce la probabilità e la misura dell'erosione del valore. Solo attraverso una gestione integrata delle leve di creazione e delle leve di protezione è possibile generare Valore Pubblico. Si configura la necessità di un innovativo Modello di "Public Value Governance" delle PA che parta dal miglioramento del livello di salute dell'ente (organizzativo, professionale, digitale, ecc.), si organizzi per processi semplificati e digitali, governi le performance e i rischi in modo integrato e finalizzato alla creazione di Valore Pubblico, avvalendosi della partecipazione dei cittadini e della collaborazione di filiera con altre amministrazioni pubbliche, imprese private e organizzazioni no profit.

Introduzione al PTPCT dell'IRCCS CROB

Il presente Piano costituisce il documento fondamentale dell'IRCCS CROB per la definizione delle strategie di prevenzione della corruzione al suo interno, nonché parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e comprende come appendice i seguenti allegati:

- All. 1 - Misure di prevenzione 2023;
- All. 2 - Obblighi di pubblicazione.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'IRCCS CROB, triennio 2023-2025, si colloca in una linea di continuità con i precedenti e di progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2022. Nell'attuale Piano, sono richiamate tutte le misure di contrasto e di contenimento per affrontare l'emergenza epidemiologica, già adottate nel Piano precedente, adeguando i modelli organizzativi ed operativi con riallocazione delle risorse umane e strutturali. La gestione della crisi ha posto non solo la necessità di dover far fronte alle necessità di lavorare diversamente (nuove forme di "triage" per il settore sanitario, ricorso allo smart working) ma ha richiesto di dover veicolare una quantità di informazioni in maniera rapida e proattiva sulle nuove regole ed incentivare il loro rispetto sia all'interno che all'esterno. A sostegno dell'inevitabile aggravio dovuto alla stato emergenziale la Pubblica Amministrazione, ed in particolare le Aziende del SSN, sono state autorizzate ad assumere provvedimenti tesi a semplificare le procedure per assicurare i lavori infrastrutturali di adeguamento delle strutture sanitarie, a preservare la sicurezza degli operatori, a mettere in campo le risorse di personale necessarie superando anche i vincoli imposti a suo tempo dalla dinamica della spesa sanitaria; tutti interventi volti ad aumentare la resilienza del SSN rispetto alle condizioni straordinarie. La "pandemia" ha fatto emergere molte verità sulla salute delle persone e sul sistema chiamato a tutelarla evidenziando da un lato, la grande abnegazione del personale sanitario nel prodigarsi per dare risposte ai cittadini ma ha anche messo in luce debolezze nel prevedere scenari più volte documentati quali l'estensione della popolazione anziana, la crescita delle malattie croniche, i cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie, la



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

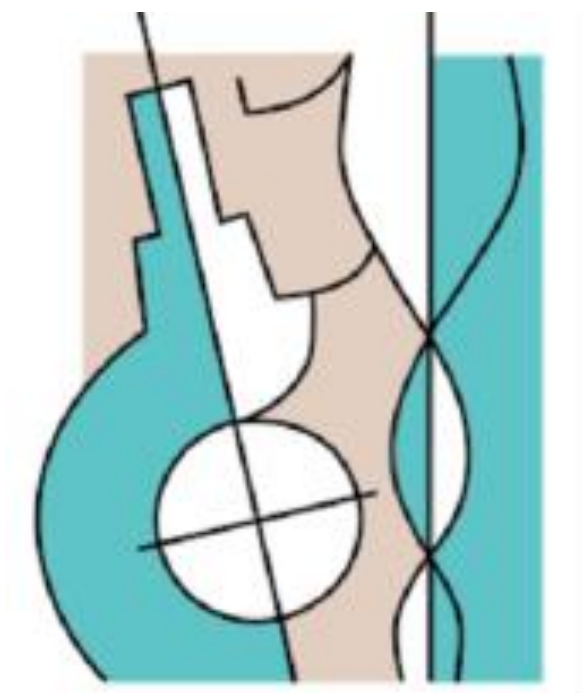
Rionero in Vulture (PZ)



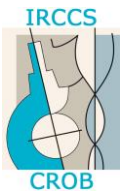
REGIONE BASILICATA

conseguenza dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali, il blocco del turn over e la necessità di potenziare i servizi territoriali. Il Piano si sviluppa nelle sezioni fondamentali dell'analisi del contesto Esterno ed Interno - ovviamente collegati all'emergenza COVID 19 - con la descrizione della nuova organizzazione aziendale intervenuta nel 2021, dall'analisi e valutazione del rischio dei processi aziendali catalogati nell'anno 2022, in termini di possibile esposizione a fenomeni corruttivi. L'ultima sezione del presente documento è dedicata alla trasparenza.

SEZIONE PRIMA



PARTE GENERALE



Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del PTPCT dell'IRCCS CROB

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'IRCCS CROB disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Istituto per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190/2012, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, nel rispetto dei relativi decreti attuativi, in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, in aderenza al Piano Nazionale Anticorruzione, nonché alle circolari, alle linee guida, alle direttive, alle indicazioni, agli indirizzi ed alle delibere del Dipartimento della Funzione Pubblica, dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e delle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e dell'illegalità. È imprescindibile atto di natura programmatica dell'IRCCS CROB, in quanto le disposizioni di prevenzione della corruzione sono attuazione diretta del principio di imparzialità che deve regolare l'azione amministrativa, di cui all'art. 97 della Costituzione.

Il PTPCT rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Istituto delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di *“possibile esposizione”* al fenomeno corruttivo, ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

Adozione, modalità di aggiornamento e validità temporale

Il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione dell'Istituto viene adottato con deliberazione del Direttore Generale nei termini di legge su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Il Piano viene pubblicato sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione (Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione). Così come previsto nel PNA 2016 dell'ANAC, in una logica di semplificazione degli adempimenti, non deve essere trasmesso alcun documento all'Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale adempimento si intende assolto con la pubblicazione del PTPC sul sito istituzionale. Il Piano è aggiornato e migliorato tenendo conto delle novità normative e delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione entro il 31 gennaio di ciascun anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento. Inoltre, trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente. I documenti in argomento e relative modifiche e/o aggiornamenti rimangono pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti.

Collegamento con il ciclo delle performance

Il presente PTPCT individua, per ciascuna misura da implementare, il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa. L'efficacia del PTPCT dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e pertanto è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Istituto. Il PTPCT è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. Il presente PTPCT stabilisce i dovuti collegamenti con il ciclo della *performance*, garantendone l'effettività, la concretezza e la realtà. L'Istituto a tal fine procede, come da indicazioni già ricevute dalla delibera n. 6 del 2013 della C.i.V.I.T., alla costruzione di un ciclo delle *performance* integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- Alla *performance*;
- Agli *standard* di qualità dei servizi;
- Alla trasparenza ed alla integrità;
- Al piano di misure in tema di misurazione e contrasto alla corruzione.

Il contenuto del PTPCT è coordinato con gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché con quelli individuati dal D.lgs. n. 150/2009, ossia:

- Il redigendo Piano e il PIAO;
- Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (art. 7 del d.lgs. n. 150/2009), in fase di adozione da parte dell'Istituto;
- Il Piano Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI).

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che l'Istituto procede all'inserimento dell'attività che pone in essere per l'attuazione della legge n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della *performance* (e negli analoghi strumenti di programmazione eventualmente previsti). L'Istituto, quindi, procede ad inserire negli strumenti del ciclo della *performance*, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPCT. In tal modo, le attività svolte dall'Istituto per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono inserite in forma di obiettivi di performance, nel Piano della *performance*, nel duplice versante della:

- **Performance organizzativa** (art. 8 del d.lgs. n. 150/2009), con particolare riferimento:

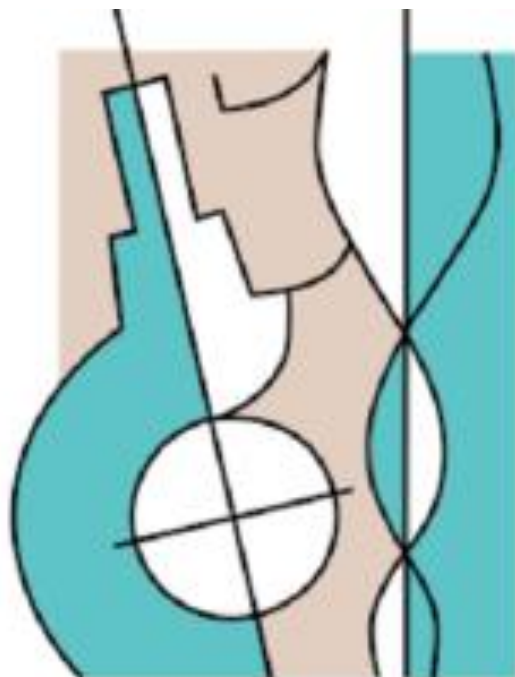
- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 150/2009);
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione (art. 8, comma 1, lett. e), d.lgs. n. 150/2009), al fine di stabilire quale miglioramento in termini di *accountability* riceve il rapporto con i cittadini l'attuazione delle misure di prevenzione;
- **Performance individuale** (ex art. 9, d.lgs. n. 150/2009), come:
 - obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai dirigenti apicali in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165/2001;
 - ai Referenti del Responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale (ex art. 10 del d.lgs. n. 150/2009);
 - e nel Sistema di misurazione e valutazione delle performance ex art. 7 del d.lgs. n. 150/2009 gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale formato che opera nei settori esposti alla corruzione.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel PTPCT (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa ed individuale) l'Istituto da specificamente conto nell'ambito della **Relazione della performance (art. 10, d.lgs. n. 150/2009)**, dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, il Responsabile della prevenzione della corruzione evidenzia gli scostamenti rispetto ai risultati attesi:

- Individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165/2001 e con i Referenti del Responsabile della corruzione individuati ai sensi del presente piano;
- Per inserire le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPCT.

Anche la *performance* individuale del Responsabile della prevenzione della corruzione è valutata in relazione alla specifica funzione affidata, a tal fine inserendo nel Piano della performance gli obiettivi affidati, anche al fine di consentire un'adequata remunerazione mediante il trattamento accessorio della funzione svolta.

SEZIONE SECONDA



SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ

I soggetti coinvolti nel percorso di prevenzione e repressione della corruzione

I soggetti dell'Istituto coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità (di seguito soggetti coinvolti) e, pertanto chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano e all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate sono:

- Il Direttore Generale;
- Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- Tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;
- Gli stakeholder.

È onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C.T.

Il direttore generale

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Regione, rappresenta legalmente l'Istituto e ne assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organismi e delle strutture organizzative. Garantisce la gestione complessiva dell'Istituto, coadiuvato dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Il Direttore Generale presidia lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità di gestione. Il Direttore Generale, attraverso il coordinamento di tutte le articolazioni organizzative aziendali, assicura il recepimento degli indirizzi degli enti istituzionali, mantiene la complessiva coerenza dell'azione di governo dell'Istituto e sviluppa le relazioni interaziendali. Avuto riguardo alle disposizioni di cui al d.lgs. 502/1992 e s.m.i., salva diversa indicazione da parte degli organi competenti, svolge le funzioni che la norma attribuisce all'organo di indirizzo politico delle pubbliche amministrazioni, e, pertanto:

- Individua il responsabile della prevenzione della corruzione;
- Adotta, su proposta del responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale di prevenzione della corruzione;

- Garantisce, al responsabile della prevenzione della corruzione, un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) è nominato dal direttore generale, di norma scelto tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio, con criterio di rotazione. La designazione del RPCT deve essere comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione. All'Autorità Nazionale Anticorruzione va anche comunicato l'indirizzo di posta elettronica certificata del RPCT individuato dal Direttore Generale. La normativa vigente prevede che il RPCT sia un dirigente stabile dell'amministrazione, con una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, dotato della necessaria imparzialità ed autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva. Nel contesto delle organizzazioni sanitarie, l'applicazione delle richiamate disposizioni normative e delle indicazioni già fornite da questa Autorità, induce ad escludere, ai fini della scelta e della conseguente nomina del RPCT, le fattispecie di seguito elencate a titolo indicativo e non esaustivo:

- *direttore generale;*
- *dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice;*
- *dirigente responsabile del settore gare e appalti;*
- *dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari;*
- *dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato.*

Rispetto ai suddetti criteri di esclusione, eventuali scelte residuali dovranno, in ogni caso, essere adeguatamente motivate, avuto riguardo delle indicazioni di cui al presente approfondimento e a quelle della parte generale, in coerenza con la cornice normativa vigente per l'ambito di riferimento. Resta salva la possibilità di salvaguardare le professionalità che hanno svolto l'incarico per almeno un triennio, previa adeguata motivazione circa l'assenza di altre figure compatibili con le indicazioni già fornite nel PNA. In ogni caso, per tutte le fattispecie non esplicitamente annoverate tra quelle escludenti la nomina a RPCT, resta intesa la presupposta condizione di assoluta integrità del soggetto da nominare, che, di norma, non deve essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari. (ANAC – Delibera n. 831 del 3 agosto 2016). Il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPCT è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti. L'incarico di RPCT si configura, di norma, come incarico aggiuntivo a quello già

ordinariamente svolto dal dirigente individuato. Non può essere nominato RPCT un dirigente che sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna o di provvedimenti disciplinari e che non abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo. Nella scelta del RPCT va esclusa l'esistenza di situazioni di conflitto d'interesse. In presenza di più aspiranti all'incarico, l'Istituto acquisisce la disponibilità e valuta. Nell'affidamento dell'incarico di RPCT si segue un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti. Considerato il ruolo e le responsabilità che la legge attribuisce al RPCT la scelta deve ricadere su un dirigente che si trovi in una posizione di relativa stabilità, per evitare che la necessità di intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'organizzazione amministrativa possa essere compromessa anche solo potenzialmente dalla situazione di precarietà dell'incarico. L'Istituto assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento. L'Istituto assicura al RPCT, in considerazione del suo delicato compito organizzativo e di raccordo, un adeguato supporto, mediante l'assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, creando un modello a rete, in cui possa esercitare poteri di programmazione, impulso e o coordinamento e la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e attuazione delle misure di prevenzione. Con Delibera del D.G. n. 361/2022, la dott.ssa Rosetta D'Andria, è stata incaricata quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Funzioni del Responsabile per la prevenzione della corruzione

Circa i poteri e le funzioni che competono al RPCT si rimanda alla delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018. In particolare, di seguito, si indica un quadro di insieme le funzioni del RPCT da svolgersi in stretta e costante collaborazione con i responsabili dei centri di attività e i referenti:

- Elaborare la proposta di piano triennale di prevenzione della corruzione, che viene sottoposta al direttore generale per l'adozione entro il 31 gennaio di ogni anno;
- Elaborare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- Vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- Segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- Programmazione delle attività necessarie a garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza, elaborando una apposita sezione, impostata come atto fondamentale, con la quale organizzare i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi;
- Definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- Proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- Verificare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici o strutture preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- Monitorare il rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti da parte degli uffici e delle strutture dell'Istituto;
- Monitorare i rapporti instaurati tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco;
- Garantire massima trasparenza a tutte le iniziative volte a prevenire, impedire contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;
- In materia di accesso civico, oltre ad avere la facoltà di chiedere agli uffici dell'amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, si occupa, per espressa disposizione normativa (art. 5 c. 7, d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016, dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno);
- Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione il RPCT può, in qualsiasi momento, chiedere ai responsabili delle UU.OO. di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che hanno sotteso alle scelte effettuate relativamente ai procedimenti e/o processi di competenza;

- Verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- Vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all'ANAC;
- Un ruolo chiave è svolto sicuramente dal RPCT anche in materia di pantouflage. In particolare, il RPCT, alla luce dei compiti ad esso attribuito in materia di inconferibilità e incompatibilità, è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione del pantouflage, anche attraverso attività volte ad acquisire informazioni utili, come, ad esempio, la consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle amministrazioni e, eventualmente, la richiesta all'Agenzia delle entrate circa l'esistenza di redditi da lavoro dell'ex dipendente pubblico. Per lo svolgimento di tali compiti, il RPCT può avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione (ad esempio, l'ufficio del personale o l'ufficio gare e contratti).

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in *vigilando* ma anche in *eligendo*. L'imputazione della responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al RPCT non esclude che tutti i dipendenti delle strutture dell'Istituto coinvolte nell'attività amministrativa mantengano, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del RPCT deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione. Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di RPCT, comunque, motivato, è comunicato all'Autorità nazionale anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Nel caso in cui nei confronti del RPCT siano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione ed alla conseguente revoca dell'incarico.

Responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

La normativa prevede consistenti responsabilità in capo al RPCT:

- per omessa predisposizione del PTPCT o della apposita sezione del PIAO. Laddove sia riscontrata la violazione dell'obbligo di predisposizione del PTPCT o della sezione anticorruzione del PIAO in capo al RPCT, salvo che il fatto costituisca reato, ANAC applica, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000;

- nei casi in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il RPCT non abbia predisposto il PTPCT o la sezione del PIAO prima della commissione del fatto, si configura un'ipotesi di responsabilità dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione.

In capo al RPCT possono inoltre configurarsi due ulteriori ipotesi di responsabilità:

- dirigenziale, che si configura nel caso di «ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano»;
- disciplinare «per omesso controllo».

Il legislatore, tuttavia, ammette una prova liberatoria, consentendo al RPCT di provare «di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano».

Il RPCT è tenuto, infatti, a:

- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV (o agli organismi con funzione analoghe) tutte le "disfunzioni" che ha riscontrato inerenti all'attuazione delle misure adottate;
- indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati **nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA)**, il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPC. In caso di mancata indicazione nel PTPC del nominativo RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità si riserva di esercitare il potere di ordinare ai sensi dell'art. 1, c. 3, della l. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice. Con Deliberazione del D. G. n. 650 del 17 novembre 2016 è stato nominato Responsabile RASA (Responsabile Anagrafe Unica Stazione Appaltante) dell'IRCCS CROB, l'Ing. Maria Gelsomina LAULETTA – Dirigente Responsabile dell'U.O.C. – Gestione Tecnico Patrimoniale e Approvvigionamenti.

Il **RASA** è incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

La legge non individua la durata dell'incarico; considerato il suo predetto carattere aggiuntivo, la durata della designazione è pari a quella di durata dell'incarico dirigenziale a cui la nomina accede.

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione

La complessità dell'organizzazione dell'Istituto fa ritenere opportuno l'affiancamento al RPCT di **Referenti**, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al RPCT, fermi restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati. I Referenti del RPCT sono individuati con deliberazione del Direttore Generale, anche su proposta del Responsabile. I Referenti del RPCT sono individuati di norma, nei responsabili di tutte le strutture e articolazioni dell'Istituto. Possono, altresì, essere individuati quali referenti del RPCT, in aggiunta a quelli indicati precedentemente, ulteriori dirigenti in possesso di specifica professionalità. I referenti del RPCT sono stati nominati con Delibera del Direttore Generale n. 745 del 19/11/2019, successivamente modificata ed integrata con deliberazione n. 828 del 31.12.2019. Il presente P.T.P.C.T. prevede inoltre meccanismi che permettono al Responsabile di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'Istituto ed il contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero le contestazioni circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza. I soggetti con i quali il Responsabile della prevenzione della corruzione si relaziona assiduamente per l'esercizio della sua funzione sono:

Cognome	Nome	Area
CAPPIELLO	Erminia	Affari generali e Personale
VENETUCCI	Angela Assunta	Direzione Sanitaria di presidio
RUOCCO	Carmela	Direzione Sanitaria di presidio
LAULETTA	Maria G.	Gestione Tecnico Patrimoniale ed Approvvigionamenti
LEROSE	Rosa	Farmacia
ALOÈ	Ivo	Servizio protezione e prevenzione
SILEO	Patrizia	Economico -Finanziario
MARZIANO	Gioacchino	Risorse comuni del Dipartimento amministrativo
PICCARDO	Nicola	Affari generali e personale
AIETA	Michele	Dipartimento medico- Oncologia medica
CAMMAROTA	Aldo	Dipartimento dei servizi – Diagnostica per Immagini
LATORRE	Giuseppe	Dipartimento Chirurgico – Chirurgia Senologica
SCAPICCHIO	Daniele	Controllo di gestione e ICT

Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione a:

- Individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- Prevedere, per le attività individuate ai sensi del punto 1, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- Assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del punto 1, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
- Monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- Individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- Verificare l'attuazione del Piano e la sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- Verificare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici proposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- Segnalare, altresì, al Responsabile della prevenzione della corruzione i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il Responsabile li segnali all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

I Referenti concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione a curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione), svolge i compiti previsti dall'art. 14 del d.lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c) valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d), nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto-legge n. 90 del 2014;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;

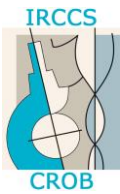
Con deliberazione del Direttore Generale n. 261 del 10/05/2022 è stato istituito il nuovo Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

L'OIV dell'IRCCS CROB è così composto:

- Marco Giuseppe Sergio MENEGUZZO - PRESIDENTE
- Vincenzo TEORA - COMPONENTE
- Alba Maria Lucia CAPOBIANCO – COMPONENTE

L'Ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D.

L'ufficio di disciplina (U.P.D.) di cui all'art. 55 bis, comma 4°, del d.lgs. n. 165/2001, costituito quale Ufficio autonomo è presieduto dal Responsabile della Unità Operativa Complessa Registro Tumori Regionale,



Epidemiologia Clinica e Biostatistica ed è composto in qualità di componenti da un Dirigente Medico, da un Dirigente Sanitario, da due componenti del personale del comparto, individuati con atto deliberativo del Direttore Generale.

Le funzioni di segretario sono affidate al personale amministrativo della Unità Operativa Affari Generali e Personale.

L'U.P.D.:

1. Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
2. Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
3. Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Tutti i dipendenti dell'Istituto

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi. 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 e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Compiti dei dipendenti, dei titolari di incarico di funzione di organizzazione e dei dirigenti

I dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i titolari di incarico di funzione di organizzazione, i dirigenti, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, a seguito della pubblicazione sul portale del dipendente sono a conoscenza del Piano di prevenzione della corruzione e provvedono all'esecuzione; essi devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale. Con cadenza trimestrale a far data dall'adozione del presente Piano i titolari di incarico di funzione di organizzazione nelle strutture ad alto rischio provvedono al monitoraggio settimanale della effettiva avvenuta trasmissione della posta in entrata e, ove possibile in uscita; relazionano contestualmente al proprio dirigente sulle eventuali anomalie. Le anomalie (procedure non conformi alle direttive aziendali) costituiscono elemento di valutazione della responsabilità del dipendente preposto alla trasmissione. La mancata segnalazione dell'anomalia costituisce elemento di valutazione della responsabilità del titolare di P.O.

Per l'attuazione delle attività ad alto rischio di corruzione, i dirigenti responsabili delle relative strutture complesse sono tenuti a provvedere, con cadenza semestrale, al monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate devono essere svolti per iscritto e contengono elementi di approfondimento e verifica quali:

- ✓ verifica omogeneità degli illeciti connessi al ritardo;
- ✓ attestazione omogeneità dei controlli da parte dei dirigenti, volti a evitare ritardi;
- ✓ attestazione dell'avvenuta applicazione del sistema delle sanzioni, sempre in relazione al mancato rispetto dei termini, con applicazione dei criteri inerenti alla omogeneità, la certezza e coerenza del sopra citato sistema.

Tali risultati sono trasmessi al Responsabile della prevenzione. La mancata redazione e/o trasmissione costituisce elemento di valutazione del dirigente e verrà trasmesso al Direttore generale e all'organismo di valutazione (OIV).

Devono inoltre:

- Informare tempestivamente il Responsabile della prevenzione della corruzione in caso di mancato rispetto dei tempi procedurali, costituente fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del piano di prevenzione della corruzione, e di qualsiasi altra anomalia accertata costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione, le azioni sopra citate ove non rientrino nella competenza normativa, esclusiva e tassativa dirigenziale.
- Provvedere con atto motivato, previa verifica del possesso della professionalità necessaria, alla rotazione degli incarichi dei dipendenti fungibili che svolgono le attività ad alto rischio di corruzione; la rotazione è obbligatoria nella ipotesi di immotivato rispetto del presente Piano.
- Proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione, i dipendenti da inserire in particolari programmi di formazione.
- Inserire nei bandi di gara apposita clausola che preveda l'esclusione di coloro che non dichiarino di aderire alle regole di legalità previste dal Codice di Comportamento aziendale, per quanto compatibili (comma 17 legge 190/2012).

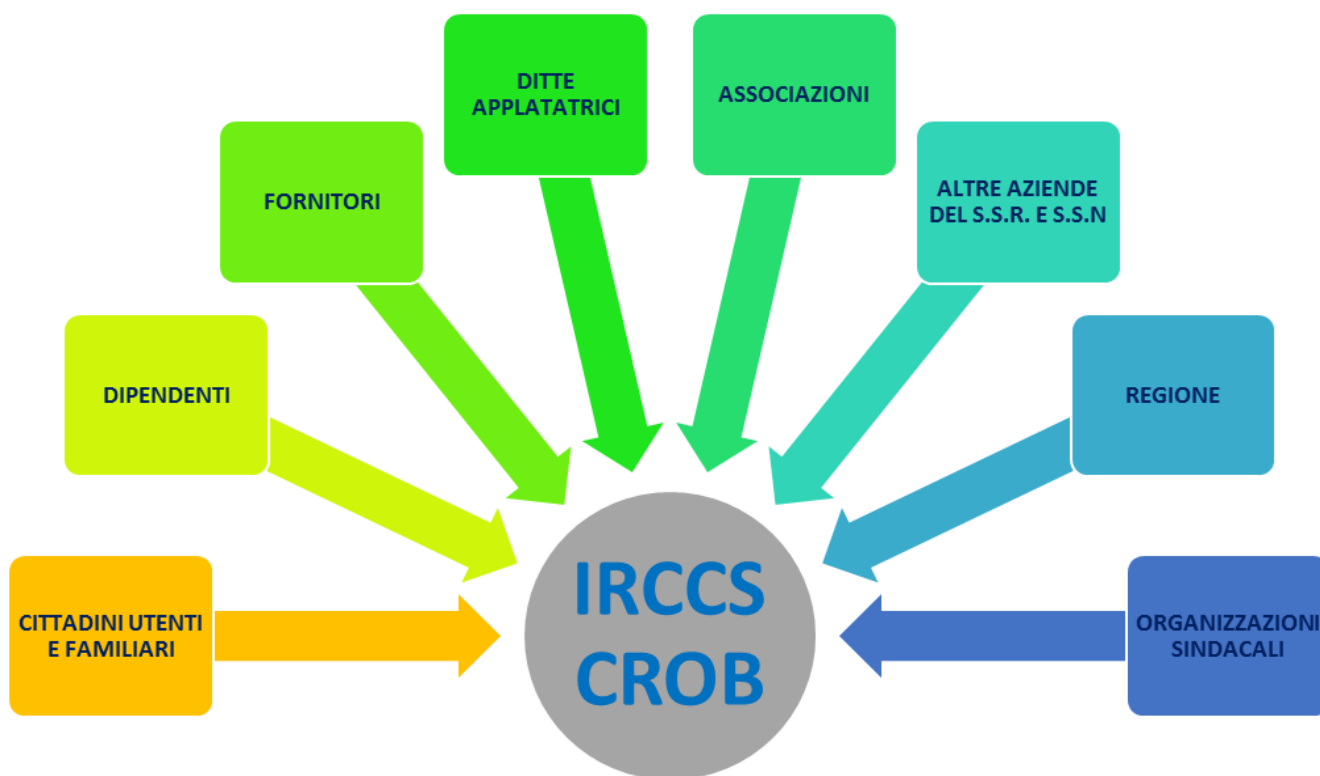
Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Istituto e trasfuse nel P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012). In particolare, il comma 44 della legge n. 190/2012

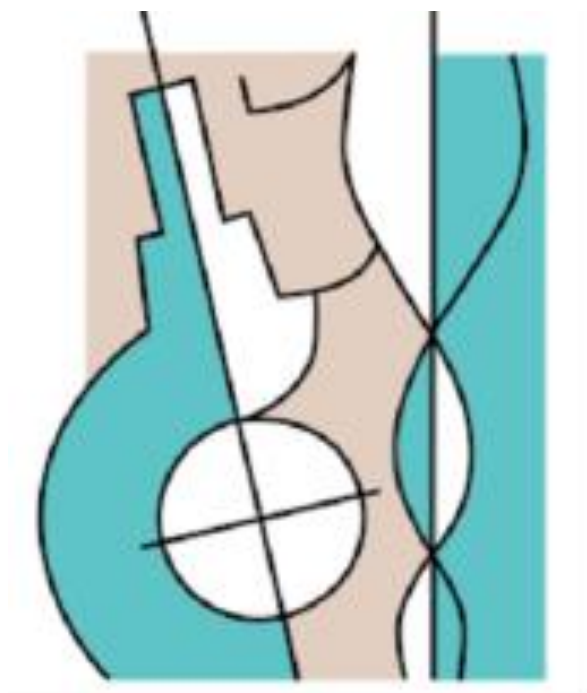
novella il disposto dell'articolo 54 del D.lgs. 65 prevedendo al comma 3 che "La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare". Il DPR 62/2012 recante "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" prevede all'articolo 8 rubricato "Prevenzione della corruzione" che "[...] il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione".

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito.

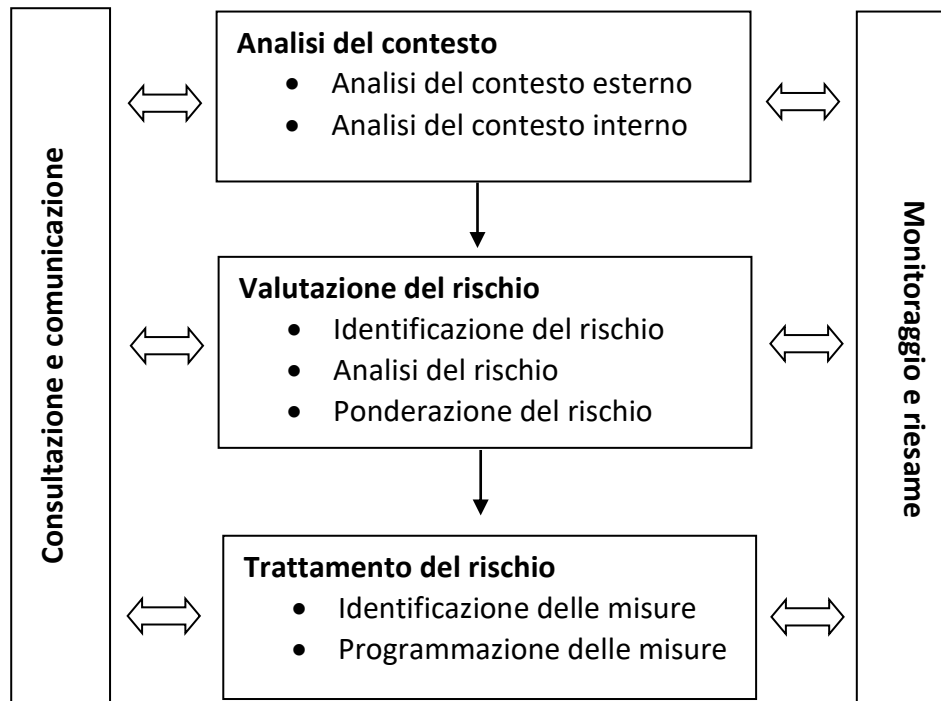


SEZIONE TERZA



IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Le fasi del processo di gestione del rischio di corruzione



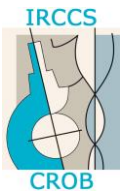
L'analisi del contesto esterno ed interno rientra tra le attività necessarie per calibrare le misure di prevenzione della corruzione.

Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. (Determina ANAC n. 12/2015).

Il Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) a rilevanza nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella disciplina di oncologia. Successivamente il carattere è stato riconfermato, da ultimo, con Decreto del Ministro della Salute del 09/06/2022 (G.U. n. 155 del 05.07.2022).

L'Istituto è Ente del Servizio Sanitario Regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, ai sensi della L.R. della Basilicata n. 2 del 12 gennaio 2017 e del D. Lgs. di riordino degli IRCCS n.288/2003. La denominazione dell'Istituto è "Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata" ed ha sede legale in Rionero in Vulture (cap 85028) alla Via Padre Pio n. 1, C.F.



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Rionero in Vulture (PZ)



REGIONE BASILICATA

93002460769 Il sito web dell'Istituto è: www.crob.it Il logo consiste nella rappresentazione delle tre linee guida perseguite dall'Istituto: la ricerca, la diagnosi e la cura. La ricerca è rappresentata dal microscopio. La diagnosi dalla figura stilizzata del medico al cospetto del paziente, rappresentativo della relazione diretta ed umana medico-paziente. La cura dall'emblema di Esculapio, simbolo della Medicina che insieme richiama anche alla mente la struttura a doppia elica del DNA.

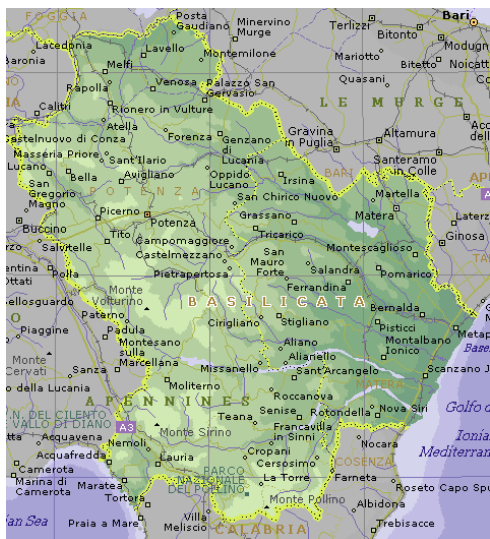
Collocato nella città di Rionero in Vulture, pur rivendicando l'indissolubile legame di appartenenza con la Comunità di tutto il Vulture-Melfese, il CROB è patrimonio della Basilicata e di tutti i cittadini lucani. Il CROB persegue le finalità di ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, farmacologico e dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e, in quest'ambito, intende confrontarsi sul piano della qualità, della ricerca e dell'assistenza con le più accreditate strutture italiane ed europee impegnate nel campo dell'oncologia. Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, l'Istituto ha le seguenti ulteriori finalità:

- il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito oncologico, confermandosi punto di riferimento per il sistema sanitario regionale e puntando a diventare punto di riferimento in ambito nazionale e internazionale;
- la valorizzazione della didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie oncologiche;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del S.S.R. e le Università;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale anche tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata, missione definita come tutela della salute nella sua globalità;
- la partecipazione alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi nel settore oncologico;
- la partecipazione a modelli organizzativi interaziendali tipo "hub & spoke" che prevedono la concentrazione dell'erogazione dell'assistenza a maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) con centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke);
- la partecipazione allo sviluppo delle "Reti Interaziendali" intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti interaziendali hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei

diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, la presa in carico globale dell'assistito, l'efficienza operativa e l'efficacia complessiva degli esiti sulla salute;

- la promozione e realizzazione dei programmi di screening oncologici per le principali neoplasie ai sensi delle DGR n.365/2010, DGR n. 668/2012 e DGR n.251/2017;
- la gestione del Registro Regionale dei Tumori;
- lo svolgimento di attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con le Università e con altre istituzioni nazionali ed internazionali;
- la sperimentazione e verifica di forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea.

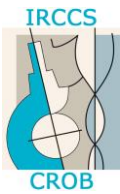
Al fine di evidenziare le tipologie di eventi corruttivi a cui l'IRCCS CROB è maggiormente esposto si procede a riportare alcune informazioni sul contesto generale nel quale opera, facendo un breve quadro delle caratteristiche del territorio regionale e un suo profilo criminologico.



La Basilicata

La Basilicata si presenta come una Regione dai forti contrasti orografici. La superficie ricoperta dal territorio regionale è di 9.992,24 Km², di cui il 46,8% è montano, il 45,2% è collinare e solo l'8% è rappresentato da una morfologia pianeggiante. Dal punto di vista orografico, a sud dell'area vulcanica del Vulture inizia la zona Appenninica, al cui interno ricadono alcuni dei massicci più elevati di tutto l'Appennino meridionale che si divide in cinque gruppi distinti. Il primo è costituito dalla dorsale dei Monti di Muro, Bella e Avigliano, a sud del quale inizia il gruppo minore dei Monti Li Foi di Picerno. Ad ovest di questi si

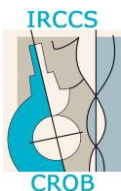
erige la catena montuosa della Maddalena che interessa solo marginalmente il territorio Lucano. La Valle del Melandro e l'alta Valle dell'Agri separano la catena della Maddalena dal complesso montuoso del Vulturino. Più a sud, la dorsale Appenninica si eleva a formare i Monti del Lagonegrese con le due cime dei Monti del Papa e della Madonna del Sirino e, ai confini con la Calabria, quelli del Pollino. Tutto il versante orientale è occupato dall'area collinare che, a causa della costituzione geolitica dei suoli, subisce continue modificazioni dovute a fenomeni erosivi, tanto da dar luogo, in Bassa Val d'Agri e nel Materano, ad aree calanchive prive o quasi di vegetazione. Le aree pianeggianti sono individuabili prevalentemente nella



pianura Metapontina, originatasi dal continuo accumulo di materiale eroso trasportato a valle dai numerosi fiumi lucani. La complessa variabilità orografica della Regione ha generato una rete idrografica molto ricca. Dei corsi d'acqua che nascono in territorio Lucano, alcuni scorrono totalmente nel territorio Regionale (Agri, Basento, Bradano, Cavone, Sinni) sfociando nel Mar Jonio, altri, invece, come il Noce, l'Ofanto ed alcuni affluenti del Sele, attraversano solo in parte il nostro territorio, per poi proseguire nel Tirreno o nell'Adriatico.

Attività produttive

La Basilicata è una delle più povere regioni d'Italia, come confermano l'elevata percentuale degli addetti al settore agricolo e, tra le attività terziarie, il peso altrettanto eccessivo svolto dall'amministrazione pubblica. Infine, una parte non indifferente delle famiglie vive grazie alle pensioni acquisite dagli uomini che, trascorsa una vita di lavoro all'estero o in altre regioni, hanno fatto ritorno al loro paese. In questa regione nel corso dei secoli l'insediamento umano ha sempre trovato ostacoli nella natura ostile del territorio, nella piaga della malaria che, fino agli inizi del secolo scorso, flagellava le zone costiere, e nella difficoltà delle comunicazioni. A ciò si aggiunga la povertà del suolo e delle risorse naturali, l'eredità del sistema latifondistico e l'organizzazione territoriale basata su centri abitati isolati. Per questi motivi la regione ha conosciuto un notevole decremento demografico, causato da consistenti flussi migratorio verso l'estero e il nord Italia: una tendenza che si è andata attenuando solo negli anni '70 del Novecento. Oggi circa un quinto della popolazione attiva trova occupazione nell'agricoltura, in controtendenza con la percentuale d'Italia. Diffuse sono la cerealicoltura (per produzione di grano duro desti nato in massima parte ai pastifici campani) e le coltivazioni legnose (viti, agrumi, olivi). Nel fertile litorale ionico l'adozione di un sistema razionale nelle tecniche produttive ha permesso di ottenere buoni risultati in alcune colture specializzate, come barbabietola da zucchero, ortaggi, agrumi, tabacco e fragole in serra. Le aree montane vedono significativi segni di dinamismo nel settore zootecnico, con un incremento del patrimonio di capi bovini nonché un ampliamento e una razionalizzazione della dimensione degli allevamenti. Praticamente irrilevante è il contributo economico della pesca. Il sottosuolo è piuttosto ricco di risorse naturali, tra le quali spiccano i giacimenti di gas naturale di Pisticci e Ferrandina, in provincia di Matera, nonché San Cataldo, nel comune di Bella, in provincia di Potenza. Solo recentemente e grazie ad ingenti stanziamenti pubblici il settore secondario si sta sviluppando, anche se continua ad avere un peso modesto nell'economia della regione. L'industria di trasformazione chimica e metallurgica è il ramo più importante del settore industriale, concentrando il 30% degli addetti. Queste attività sono state le destinatarie della maggior parte dei finanziamenti pubblici per l'industria affluiti in Basilicata. Potenza e Matera accentrano quasi il 60% dell'occupazione nel settore meccanico e nei due capoluoghi si concentrano anche imprese



importanti come cementifici, fonderie e industrie di materiale edile. Soprattutto queste ultime hanno un'incidenza occupazionale circa doppia rispetto alla media italiana. Il settore energetico è costituito essenzialmente dall'industria di produzione di energia elettrica e di gas. Un contributo notevole alla qualificazione industriale della regione è stato dato dall'industria automobilistica, mediante la costruzione, nel 1994, di un grande stabilimento a Melfi (PZ). In crescita è il settore turistico, che potrebbe costituire una grande risorsa per questa regione, ricca di bellezze naturali. Anche in questo settore però la regione sconta la mancanza di infrastrutture adeguate ad accogliere un buon flusso turistico. Solo la stazione balneare di Maratea (PZ), sul mar Tirreno, offre servizi alberghieri adeguati mentre in alcune aree protette, come il Parco Nazionale del Pollino e altre suggestive zone dell'interno, si sta costituendo un discreto circuito agriturismo.

Analisi statistica - Area sociale

Le statistiche culturali e sociali varie vedono la regione collocarsi, nel complesso, nelle ultime posizioni con valori molto al di sotto delle medie nazionali. È l'ultima regione per quanto riguarda la spesa pro-capite per spettacoli, manifestazioni sportive e trattenimenti vari e la penultima per diffusione di periodici per abitante, con appena 25 copie contro le 66 della media nazionale. Occupa la diciassettesima posizione per grado di istruzione con 177,4 laureati e diplomati per 1.000 abitanti contro i 211 della media italiana.

Area economica

L'apporto più consistente al Prodotto Interno Lordo è dato dal terziario con una percentuale superiore ai valori medi nazionali; discreto è l'apporto dato dal settore agricolo (6,8% contro il 3,7% nazionale) mentre il valore aggiunto del settore industriale è inferiore alla media italiana (23,5% rispetto al 29,8% nazionale). Nella graduatoria dei conti economici la regione occupa le ultime posizioni con valori molto al di sotto delle medie nazionali; è ultima per consumi pro-capite e penultima per Prodotto Interno Lordo pro-capite mentre occupa appena il sedicesimo posto per quanto riguarda il numero di occupati.

Area demografica

Diciottesima regione per numero di abitanti, presenta il maggior numero di comuni (36) nella classe di ampiezza demografica che va dai 1.000 ai 2.000 abitanti. Oltre il 73% dei comuni ha una popolazione che non supera i 5.000 abitanti e la città più popolosa è Potenza, con oltre 65.000 abitanti. Nella graduatoria della vita media occupa il secondo posto per gli uomini (74,7 anni rispetto alla media italiana di 73,4) e il diciassettesimo per le donne (79,8 anni rispetto alla media italiana di 80 anni) mentre con un indice di vecchiaia pari a 80,5 (contro il valore nazionale di 96,57) è la quindicesima regione.

Analisi criminologica

Dalla lettura dell'approfondimento regionale sulla situazione della criminalità in Italia, si evince che la Basilicata, per la sua naturale collocazione geografica, risulta principalmente una regione di collegamento e di transito per i traffici illeciti di vario tipo e per l'introduzione di clandestini nel territorio nazionale; essa, infatti, costituisce una meta d'interesse per organizzazioni criminali provenienti dalla Puglia, dalla Campania e dalla Calabria. Si apprende, infatti, che molti dei delitti sono commessi dalle organizzazioni radicate nelle regioni limitrofe con sbocchi sui due mari: Jonio e Tirreno. La Basilicata, inoltre, è territorio tanto di transito quanto di destinazione (stanziale o stagionale) per immigrati clandestini, nonché di sfruttamento del lavoro di extracomunitari nel settore agricolo (il caporalato continua ad avere una certa rilevanza) ed in quello della piccola industria. Si registra, non a caso, il coinvolgimento di imprenditori locali nel favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e nello sfruttamento, quale manodopera in nero, di cittadini di origine extracomunitaria. I principali settori illeciti di interesse per la malavita organizzata lucana, oltre ai traffici di armi e di sostanze stupefacenti, sono l'usura e le estorsioni (cui sono correlati attentati incendiari e/o dinamitardi e furti d'auto, di macchine agricole ed industriali). Attraverso l'attività usuraria e l'esercizio abusivo del credito, la criminalità organizzata realizza il duplice obiettivo del riciclaggio dei proventi illeciti e dell'infiltrazione nel tessuto economico ed imprenditoriale locale. Non sembrano arrestarsi, peraltro, le condotte intimidatorie poste in essere da ignoti con finalità estorsive; lo comprova ampiamente la presenza di alcuni come i danneggiamenti a cose, commessi talvolta anche con armi da fuoco. A questi settori si affiancano altre attività delinquenziali quali le rapine, soprattutto in danno ad istituti bancari, e la gestione del gioco d'azzardo e delle lotterie istantanee illecite, che coniuga bassi rischi ad ampi margini di lucro. Altresì, l'attività d'indagine ha riscontrato il tentativo di condizionamento dell'Amministrazione Pubblica da parte delle locali consorterie. Evidenze investigative hanno fatto registrare segnali di infiltrazione della criminalità nel settore produttivo e, più nello specifico, nel settore degli appalti pubblici, a cui, tra l'altro, potrebbero rivolgere l'attenzione le organizzazioni criminali campane, calabresi e pugliesi, attratte, dal canto loro, dalle grandi opere in fase di esecuzione o in programmazione per la Basilicata. È sempre attentamente monitorato il fenomeno delle frodi comunitarie nel settore agricolo a causa dell'indebito incasso di somme non dovute. I reati contro il patrimonio sono opera di gruppi criminali composti da lucani e da malavitosi di altre regioni, i quali, più in dettaglio, agiscono con ramificazioni in varie province italiane. Per quanto attiene ai reati ambientali, sono state accertate violazioni della normativa inerente allo smaltimento dei rifiuti solidi e speciali; sono state anche individuate discariche abusive adibite allo smaltimento di rifiuti speciali: non si dimentichi che l'interesse della criminalità organizzata a tale attività illecita è agevolato dalle caratteristiche morfologiche del territorio lucano, dalla scarsa densità abitativa e dalla vicinanza ad aree con forte vocazione ecomafiosa. L'incidenza criminale degli stranieri sul territorio

regionale risulta limitata; ad ogni modo, è emersa la presenza di cittadini di origine straniera che operano nel settore degli stupefacenti (talvolta in sinergia con elementi della criminalità locale, campana e pugliese) oppure dediti alla minuta vendita di prodotti contraffatti e non conformi agli standard di sicurezza previsti dalla normativa europea: il territorio regionale lucano, infatti, costituisce zona di traffici illeciti anche non stanziali, tra cui quelli di merce contraffatta in transito da e verso le regioni limitrofe; tuttavia, la criminalità straniera non manifesta un apprezzabile livello di penetrazione. Ad ogni buon conto, si riscontra negli ultimi anni una discreta flessione dei delitti commessi nel contesto territoriale lucano complessivamente considerato. È da evidenziare poi che, in occasione dell'inaugurazione dell'anno 2020 del Distretto della Corte d'Appello di Potenza, coincidente con l'intera Regione Basilicata, il Procuratore Generale ha rappresentato quanto immune dal fenomeno delle associazioni criminali di tipo mafioso e quanto, in particolare il Materano e la fascia jonica costituiscano l'area a più alto tasso di presenza mafiosa. Per questo motivo viene registrata l'inadeguatezza del sistema di contrasto, sotto il profilo dell'inesistenza nel distretto di un presidio della Dia, dovendo far riferimento alla Dia di Bari per ciò che accade in Basilicata, e di Salerno per l'ex circondario di Sala Consilina, in provincia di Salerno. Lo stesso Procuratore ha sottolineato quanto nel Potentino operino gruppi storicamente insediati tra il capoluogo e i comuni limitrofi, nel Vulture-Melfese i clan, dopo anni di sanguinose guerre di mafia, siano ora legati a camorra, 'ndrangheta (specialmente quella cosentina), e alle mafie pugliesi, e dediti per lo più ad attività di riciclaggio e reinvestimento e nel Materano, invece, siano insediati gruppi mafiosi che compiono attentati e intimidazioni, oltre a sviluppare un controllo monopolistico di attività imprenditoriali e riciclaggio, anche in collegamento con le mafie presenti nei distretti vicini.

Il contesto interno

Organizzazione

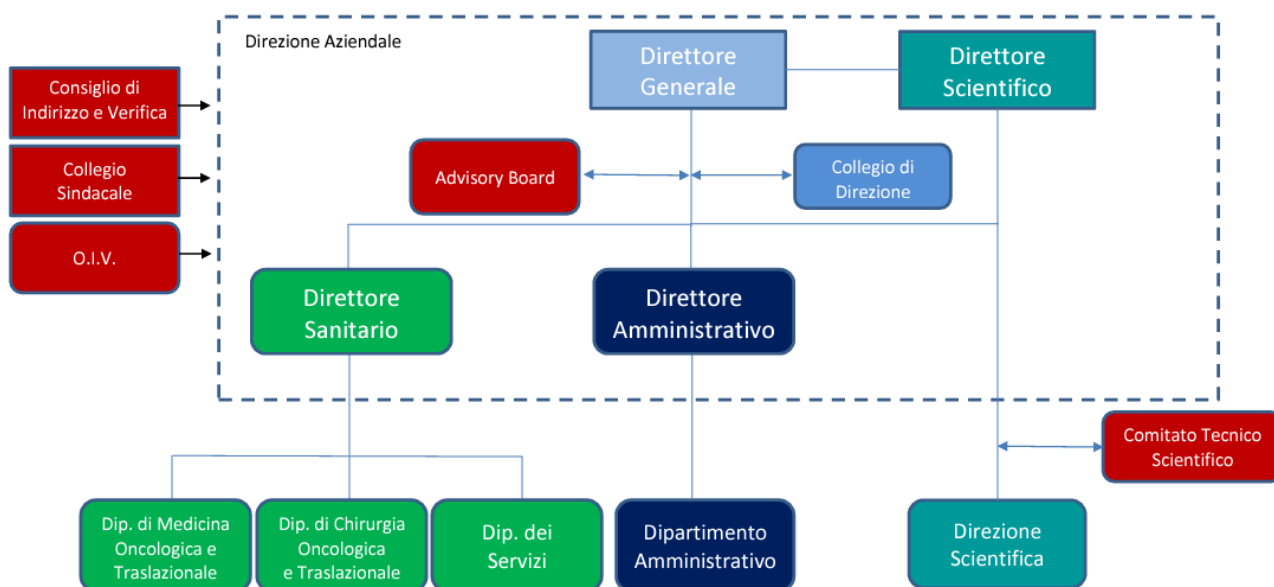
La Direzione dell'Istituto, sulla scorta del riassetto organizzativo definito dalla legislazione Regionale richiamata e degli obiettivi di salute annualmente assegnati, nonché sulla base delle esperienze di gestione maturate nella struttura, ha definito ed approvato il proprio atto aziendale giusta delibera del D.G. n. 129 del 12 marzo 2021, ed approvato con D.G.R. n. 502 del 21 giugno 2021.

Sono organi dell'Istituto ai sensi del D. Lgs. n. 288 del 16.10.2003 della L.R. n. 12 del 1° luglio 2008, della L.R. n. 20 del 6 agosto 2008 e della L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017:

- Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- Il Direttore Scientifico;
- Il Collegio Sindacale;
- Il Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Con deliberazione n. 649 del 29.12.2020 “Nomina del Comitato Tecnico Scientifico” l’Istituto si è dotato di un organismo consultivo in ambito scientifico unitamente all’Advisor Board previsto con deliberazione n. 644 del 20.12.2020, per la valutazione delle attività clinico assistenziali e scientifiche dell’Istituto. L’Istituto ha una organizzazione di tipo Dipartimentale. I Dipartimenti sono la sede in cui si esercita il governo clinico e hanno la caratteristica di gestire le risorse ad essi attribuite sia di personale che di beni e servizi, perseguendo finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. La gestione del Dipartimento, ai sensi dell’art. 17 bis del D.lgs. 502/92, e ss.mm.ii. è affidata al Direttore di Dipartimento. In caso di momentanea assenza del Direttore di Dipartimento ogni attività di competenza viene svolta, per le diverse spettanze, dai Direttori delle UOC afferenti al Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali ed è responsabile dell’appropriato utilizzo delle risorse assegnate al Dipartimento stesso. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa del Dipartimento e mantiene di norma la direzione della Unità Operativa di origine. I responsabili di unità complessa e di unità semplice a valenza dipartimentale rispondono direttamente al Direttore di Dipartimento e sono nominati dal Direttore Generale.

Si riporta l’Organigramma Aziendale, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 129 del 12.03.2021 e reso esecutivo con Deliberazione di Giunta Regionale n. 502 del 21.06.2021:



Elenco strutture complesse e semplici

DIPARTIMENTO	UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE U.O.C.	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI U.O.S.D.	STRUTTURE SEMPLICI U.O.S.
DIREZIONE SCIENTIFICA		EMATOLOGIA SPERIMENTALE	1
		ONCOLOGIA SPERIMENTALE	1
		ONCOLOGIA MOLECOLARE E MOLECULAR TUMOR BOARD	1
			COORDINAMENTO RICERCA TRASLAZIONALE E RETE ONCOLOGICA
DIPARTIMENTO DELLA DIREZIONE SANITARIA	REGISTRO TUMORI REGIONALE, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E BIOSTATISTICA		1
	PROGRAMMAZIONE E GOVERNO CLINICO INTERNAL AUDIT E MONITORAGGIO PERFORMANCE		1
		COORDINAMENTO ATTIVITÀ E GRUPPI ONCOLOGICI DISCIPLINARI	1
		FARMACIA	1
		PSICO-ONCOLOGIA	1
			DIRIZIONE SANITARIA MEDICA DI PRESIDIO
DIPARTIMENTO DI MEDICINA ONCOLOGICA E TRASLAZIONALE	ONCOLOGIA MEDICA		1
	EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI		1
		HOSPICE, SUPPORTIVE SIMULTANEOUS CARE E CURE PALLIATIVE	1
			NEFROLOGIA E DIALISI
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E TRASLAZIONALE	ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE		1
	CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI INVASIVA		1
	CHIRURGIA SENOLOGICA		1
	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA Struttura complessa fino al 31/12/2022 e dal 01/01/2023 SSD		1
	CHIRURGIA TORACICA		1
	UROLOGIA		1
		CHIRURGIA ONCO-GINECOLOGICA	1
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA UOC – SIC Struttura attestata all'AOR San Carlo		1
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		1
	LABORATORIO ANALISI CLINICHE		1
	MEDICINA NUCLEARE		1
	RADIOTERAPIA - UOC – SIC SIC con AOR San Carlo		1
		CITOPATOLOGIA	1
		DIAGNOSTICA SENOLOGICA	1
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	AFFARI GENERALI E PERSONALE		1
	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE		1
		CONTROLLO DI GESTIONE E ICT	1
Totale	17	12	11

Risorse umane

Il personale dell'Istituto ha sviluppato una forte attenzione al paziente sia negli aspetti dell'accoglienza che negli aspetti clinici; le attività svolte sono improntate alle buone pratiche cliniche e orientate agli aspetti della ricerca più avanzata. I buoni risultati ottenuti dall'Istituto in termini di rapporto operatore-paziente sono imputabili all'impegno profuso quotidianamente dal personale che agisce con entusiasmo e passione ed all'attenzione posta dal management sulla gestione dell'operatività quotidiana. Il personale strutturato al 31/12/2022 presso l'Istituto era pari a 450 unità. La maggior parte delle unità di personale in forza, sia dirigenziali che di comparto, è collocata nel ruolo sanitario.

PERSONALE STRUTTURATO AL 31.12.2022
(al netto dei dipendenti in aspettativa e/o in lunga assenza)

DIRIGENZA	
Dirigenza Sanitaria	16
Dirigenza Medica	68
Dirigenza Amministrativa	3
Dirigenza Professionale	2
Totale personale della Dirigenza	89
COMPARTO	
Ruolo Tecnico	85
Ruolo Amministrativo	44
Ruolo Sanitario	203
Ruolo Professionale	1
Totale Personale del Comparto	333
Totale Dirigenza e Comparto	422
COMPARTO RICERCA (Piramide)	
Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	9
Ricercatore sanitario	18
Totale Personale del Comparto Ricerca	27
TOTALE GENERALE	449

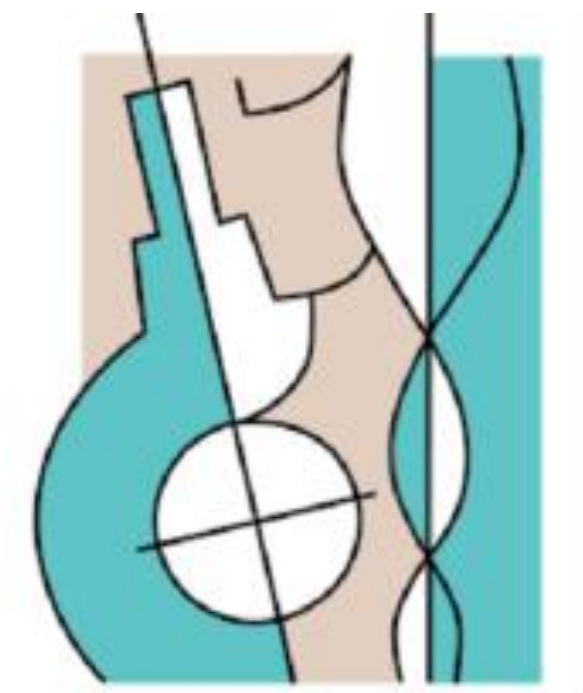
Posti letto

La DGR n. 1201 del 07/11/2017 assegna all'IRCCS CROB 104 posti letto per acuti oltre 8 posti letto per cure palliative/hospice giusta deliberazione n. 658/2002. Attualmente, anche in considerazione dei lavori che hanno interessato le aree del Presidio, l'Istituto è integrato nella rete ospedaliera con 95 posti letto attivati (di cui 87 per acuti e 8 posti letto per Hospice), giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 59 del 28.01.2019. I posti letto sono tutti dedicati ad attività di tipo oncologico. La tabella seguente riporta il dettaglio dei posti letto attivi e suddivisi per U.O. e tipologia.

Dipartimento	Unità operativa	Codice disciplina (NSIS)	Progressivo divisione (NSIS)	Descrizione disciplina (NSIS)	Posti letto attivi al 01.01.2019 - NSIS		
					Ordinari	Day Hospital - Day Surgery	Totale P.L.
Dipartimento Chirurgico	Chirurgia Oncologica	9	1	Chirurgia Generale	12	2	14
Dipartimento Chirurgico	Chirurgia Senologica	9	2	Chirurgia Generale	5	1	6
Dipartimento Chirurgico	Terapia Antalgica	9	3	Chirurgia Generale	1	1	2
Dipartimento Chirurgico	Chirurgia Plastica	12	1	Chirurgia Plastica	5	1	6
Dipartimento Chirurgico	Chirurgia Toracica	13	1	Chirurgia Toracica	7	0	7
Dipartimento Medico	Ematologia e trapianto di cellule staminali	18	1	Ematologia	9	3	12
Dipartimento Chirurgico	Oncologia Ginecologica	37	1	Ostetricia e Ginecologia	1	1	2
Dipartimento Chirurgico	Urologia	43	1	Urologia	3	1	4
Dipartimento Chirurgico	Anestesia e Rianimazione	49	1	Terapia Intensiva	2	0	2
Dipartimento dei Servizi	Medicina Nucleare	61	1	Medicina Nucleare	3	1	4
Dipartimento Medico	Oncologia Medica	64	1	Oncologia	16	12	28
				Totale P. L. per Acuti	64	23	87

Per quanto concerne l'aspetto relativo alle risorse, l'efficienza e l'economicità, i dati sanitari e le previsioni di budget, si rimanda al PIAO.

SEZIONE QUARTA



IL RISCHIO

Inquadramento concettuale del rischio - Individuazione delle aree di rischio

Il rischio può essere definito come potenziale manifestazione di un determinato evento in grado di influenzare “il mancato raggiungimento del fine per cui un'organizzazione viene creata”. Focalizzandoci sull'agire della Pubblica Amministrazione e considerando come obiettivo l'utilizzo trasparente, efficiente, efficace e equo delle risorse pubbliche, è possibile individuare il rischio nel comportamento contrario all'etica. L'agire di un individuo o di un'organizzazione, in accordo con valori e regole morali fondamentali, è da ricondurre al concetto di integrità. Al contrario, in termini sintetici e generali, la corruzione può essere intesa come l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. È evidente il legame e la correlazione esistente tra i diversi concetti: **l'etica** è il parametro per valutare l'integrità di un individuo o di un'organizzazione e l'integrità e la corruzione sono concetti speculari. Chiariti tali concetti, è possibile definire il rischio di fallimento etico come la possibilità che si verifichino comportamenti non etici, non integri o legati alla corruzione che influiscono in senso negativo sull'utilizzo trasparente, efficiente, efficace ed equo delle risorse pubbliche. La metodologia del *risk management* è il **processo** condotto ai diversi livelli di un'organizzazione finalizzato a identificare potenziali eventi rischiosi, di diversa natura, la cui manifestazione possa ostacolare il conseguimento degli obiettivi prefissati. Tale processo, che segue l'analisi del contesto di riferimento e l'identificazione dei rischi in grado di influenzare il raggiungimento di un determinato obiettivo, mira ad effettuare una **stima dei rischi** sulla base di indicatori in grado di evidenziare la **probabilità** che l'evento possa verificarsi e l'**impatto**, di natura monetaria e non monetaria, che il verificarsi dell'evento stesso possa generare. L'obiettivo del *risk management* non si esaurisce con l'analisi del grado di rischio a cui è esposta un'organizzazione, ma prevede, la valutazione del presidio dei rischi collegato al sistema dei controlli esistenti e l'introduzione di misure atte a prevenire, contenere e contrastare i rischi identificati.

Le fasi principali di un sistema di risk management

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'IRCCS CROB che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. Rispetto a tali aree il PTPCT identifica le loro caratteristiche, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione. L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio, da realizzarsi attraverso la verifica “sul campo” dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Istituto. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'IRCCS CROB, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento. Per evento si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento

dell'obiettivo istituzionale dell'IRCCS CROB. Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione.

La legge n. 190/2012 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.



Queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, e si riferiscono ai procedimenti di:

1. Autorizzazione o concessione;
2. Scelta del contraente per l'affidamento dei lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 50/2016;
3. Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
4. Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 150/2009.

Modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori per ciascuna area di rischio

Il PTPCT dell'IRCCS CROB indica le misure di prevenzione da implementare per ridurre la possibilità che il rischio si verifichi.

Le misure si classificano come:

- **Misure obbligatorie**, sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative;
- **Misure ulteriori**, sono quelle che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente PTPCT.

Il PTPCT contiene tutte le misure obbligatorie per trattare il rischio e le misure ulteriori ritenute necessarie o utili, tenuto conto del contesto di riferimento dell'Istituto. L'individuazione e la scelta delle misure ulteriori è effettuata mediante il confronto con il coinvolgimento dei titolari del rischio. Per "titolare del rischio" si intende la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio. La tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle misure può essere differenziata, a seconda che si tratti di misure obbligatorie o di misure ulteriori, ma in ogni caso il termine relativo è definito perentoriamente nel presente PTPCT.

La gestione del rischio

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Istituto con riferimento al rischio. I principi fondamentali per una corretta gestione del rischio cui si fa riferimento nel presente PTPCT, in conformità al PNA, sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2010, che rappresentano l'adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000 (edizione novembre 2009), elaborata dal Comitato tecnico ISO/TMB "Risk Management". Al riguardo, La gestione del rischio di corruzione è lo strumento utilizzato dall'Istituto per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi i cui principia sono declinati nell'Allegato 6 del P.N.A. – Principi per la gestione del rischio (Tratti da UNI ISO 31000 2010).

La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C., è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Le fasi principali - seguite dall'Istituto per la gestione del rischio - vengono descritte di seguito e sono:

1. mappatura dei processi attuati dall'Istituto;
2. valutazione del rischio per ciascun processo;
3. trattamento del rischio.

Mappatura dei processi attuati dall'istituto

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. Per processo si intende un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. La mappatura consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. A seconda del contesto, l'analisi dei processi effettuata dall'Istituto può portare ad includere nell'ambito di ciascuna area di rischio uno o più processi (con la inclusione – a mero titolo esemplificativo – nella sotto area “reclutamento e progressioni di carriera”, di più processi, quali: procedimento concorsuale, assunzioni mediante liste di collocamento, assunzioni per chiamata diretta nominativa e così via. A seconda del contesto, l'area di rischio individuata dall'Istituto può coincidere con l'intero processo o soltanto con una sua fase che può rivelarsi più critica. L'Istituto considera le aree di rischio e le sotto-aree obbligatorie e quelle ulteriori individuate nel presente piano ed il livello di analisi (se cioè l'area riguarda l'intero processo o solo una sua fase) viene deciso in sede di mappatura dei processi. All'attività di mappatura dei processi partecipano i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, sotto il coordinamento dello stesso. I Referenti ed il Responsabile della prevenzione della corruzione valutano l'utilità di coinvolgere l'Organo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per un confronto a seguito dell'individuazione dei processi, delle fasi processuali e delle corrispondenti responsabilità.

Valutazione del rischio

L'attività di valutazione del rischio è fatta dall'Istituto per ciascun processo o fase di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione del rischio.

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dell'Istituto. L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Istituto preferibilmente nell'ambito di gruppi di lavoro, con il coinvolgimento dei Referenti. Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il

coinvolgimento dell'O.I.V., il quale contribuisce alla fase di identificazione mediante le risultanze dell'attività di monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009). Attraverso l'analisi del contesto interno ed esterno all'Istituto e sulla base delle indicazioni/suggerimenti forniti nel tempo dalle autorità competenti, sono state individuate 7 aree a rischio raggruppate in aree a rischio generale e aree a rischio specifiche:

A) Aree a rischio generale:

1. contratti pubblici;
2. incarichi e nomine/acquisizione e progressione del personale;
3. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. affari legali, generali e contenzioso.

B) Aree a rischio specifiche:

1. attività libero professionale e liste di attesa;
2. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
3. attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Il coinvolgimento delle strutture organizzative interessate, è stato effettuato attraverso richiesta per iscritto al fine di aggiornare le aree a rischio e pervenire a una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati e individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

In particolare, l'analisi è fondamentale almeno per un duplice motivo:

- primo, perché rende possibile comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l'individuazione delle misure di prevenzione più idonee);
- secondo, perché aiuta a definire quali sono gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

Valutando la difficoltà in termini di comprensione effettiva della loro portata da parte delle amministrazioni per produrre gli effetti sperati», allo scopo si è fatto ricorso all'impostazione metodologica fornita dall'Allegato 5 al PNA 2013, che suggerisce di determinare il livello di rischio in base alla probabilità che lo stesso si realizzi e sulla scorta delle conseguenze che il rischio produce, secondo la seguente relazione:

$$R=P*D$$

Il livello di rischio è così rappresentato da un valore numerico che ne rappresenta, appunto, il peso o l'intensità. Per rischio si intende la probabilità per cui un pericolo crei un danno e l'entità del danno stesso. Quindi, il rischio è tanto più grande quanto più è probabile che accada l'evento e tanto maggiore è l'entità del danno. In base ai valori attribuiti alle due determinanti del rischio (P e D), il rischio è numericamente definito con una scala a valori crescenti. Tale codificazione costituisce il punto di partenza per la definizione

delle priorità e per la programmazione degli interventi di prevenzione della corruzione da adottare, secondo la scala di priorità degli interventi data. Al fine di facilitare il lavoro di persone già fin troppo impegnate nell'attività quotidiana, nell'intento di agevolare la fase di ponderazione, sono state tradotte le tabelle dell'Allegato 5 al PNA 2013 in un foglio Excel, agevolando in questo modo il lavoro e il calcolo del fattore "R". Su una scala da 0 a 25, il rischio è basso per valori di $R=3$, mentre è considerato medio già a partire da valori pari a 4, diversamente da quanto previsto nei precedenti piani. Coerentemente con quanto stabilito nel precedente PTPCT, referenti che nella precedente fase avevano individuato e caratterizzato i rischi, su richiesta del RPCT, hanno così operato la "pesatura" dei rischi collegati all'ambito specifico di competenza, servendosi del citato approccio metodologico suggerito dal PNA.

Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. Non ci sono possibilità di scelta circa le misure obbligatorie, che debbono essere attuate necessariamente nell'Istituto. Per queste, l'unica scelta possibile consiste nell'individuazione del termine entro il quale debbono essere implementate, qualora la legge lasci questa discrezionalità, qualificandolo pur sempre come perentorio nell'ambito del P.T.P.C.T.

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- **livello di rischio:** maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- **obbligatorietà della misura:** va data priorità alla misura obbligatoria rispetto a quella ulteriore;
- **impatto organizzativo e finanziario** connesso all'implementazione della misura.

La priorità di trattamento è definita dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'individuazione delle priorità di trattamento è la premessa per l'elaborazione della proposta di P.T.P.C.T.

Il monitoraggio e le azioni di risposta

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto e a seguito delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.

Criteria di valutazione del grado di rischio

Ad ogni rischio individuato bisogna assegnare un livello di importanza calcolato come rapporto fra *probabilità* che si verifichi ed *entità del danno* causato.

Alla *probabilità* deve essere assegnato un valore tra: **Alta**, **Media** e **Bassa**.

L'*entità del danno* deve essere calcolata in base al verificarsi o meno di uno dei seguenti effetti:

- danno all'immagine dell'Istituto;
- danno economico – patrimoniale;
- danno all'operatore e/o all'utente.

Pertanto, il danno sarà:

- **Basso**: se non si verifica nessuno dei suddetti effetti;
- **Medio**: se si verifica solo uno dei suddetti effetti;
- **Alto**: se si verificano due o più dei suddetti effetti.

Per individuare il *livello di importanza* bisogna inserire ciascun rischio all'interno della seguente matrice in base ai gradi di *probabilità* ed *entità del danno* assegnati.

Danno relativo e Probabilità

Danno Relativo (Impatto)	Probabilità	Bassa	Media	Alta
	Alto	Rischio Rilevante	Rischio Critico	Rischio Critico
Medio	Rischio Rilevante	Rischio Rilevante	Rischio Critico	
Basso	Rischio Accettabile	Rischio Accettabile	Rischio Rilevante	

L'analisi del rischio, compiuta nel presente P.T.P.C.T., consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.

Per ciascun rischio catalogato l'Istituto stima il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri utilizzati dall'Istituto per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo sono quelli indicati nella **Tabella Allegato 5 del P.N.A.**: "*La valutazione del livello di rischio*", che individua:

come valori e frequenze della probabilità, i seguenti:

- 0 - nessuna probabilità;
- 1 – improbabile;
- 2 – poco probabile;
- 3 – probabile;

- 4 – molto probabile;
- 5 – altamente probabile;

come valori ed importanza dell’impatto, i seguenti:

- 0 – nessun impatto;
- 1 – marginale;
- 2 – minore;
- 3 – soglia;
- 4 – serio;
- 5 - superiore.

Forbice da 0 a 25 (0 = nessun rischio; 25 = rischio critico)

Valori e frequenze delle probabilità di rischio

PROBABILITÀ	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
IMPATTO						

Legenda

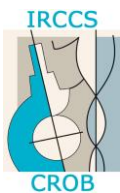
NULLO	0
TRASCURABILE	DA 1 a 3
MEDIO-BASSO	DA 4 a 6
RILEVANTE	DA 8 a 12
CRITICO	DA 15 a 25

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Istituto che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nell'Istituto, come – a mero titolo esemplificativo – i controlli a campione in casi non previsti dalle norme). La valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Istituto. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:

- impatto economico;
- impatto organizzativo;
- impatto reputazionale.

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto debbono essere moltiplicati per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo. La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta nel presente P.T.P.C. documento è oggetto di aggiornamento e di implementazione annuale – in termini di maggiore specificità nella indicazione delle sotto aree, delle attività e dei processi a rischio, salve emergenti motivate esigenze che richiedano che siano, con immediatezza, apportate tempestive modifiche al P.T.P.C. aziendale. Per l'attività di analisi del rischio l'IRCCS CROB si avvale del supporto dei referenti del RPCT, dell'O.I.V. e degli altri organismi interni di controllo, sotto il coordinamento generale del Responsabile della prevenzione della corruzione. In particolare, l'O.I.V. può esprimere un proprio parere sull'esito dell'analisi del rischio, alla luce del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Rionero in Vulture (PZ)

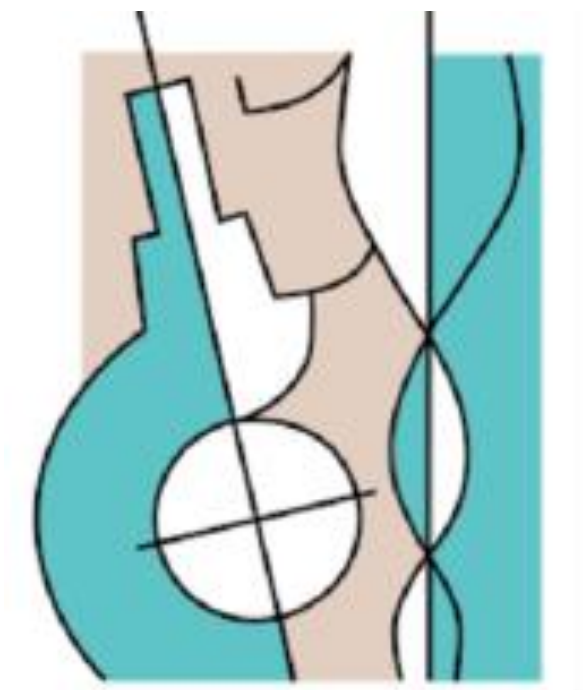


REGIONE BASILICATA

I PROCESSI AZIENDALI DELL'IRCCS CROB

AREA RISORSE UMANE	PROCESSI
	Reclutamento del personale e progressioni di carriera
	Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi di vertice, dirigenziali e al personale dipendente
	Autorizzazione al conferimento incarichi extraistituzionali
	Elaborazione cedolini stipendiali
	Liquidazione rimborsi spese missioni
	Monitoraggio sul cumulo delle ore (straordinario)
	Revolving doors o pantouflage
	Esercizio del potere disciplinare
Conferimento incarichi di collaborazione e consulenza	
AREA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI, APPALTI DI LAVORO E FORNITURE DI BENI E SERVIZI	PROCESSI
	Programmazione
	Progettazione della gara
	Selezione del contraente
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
	Esecuzione del contratto (lavori)
	Esecuzione del contratto (servizi e forniture)
	Fornitura di beni e servizi - affidamenti in deroga alle procedure ordinarie - proroghe e rinnovi di contratti
	Autorizzazione al pagamento e liquidazione fatture
Gestione casse economali	
AREA GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	PROCESSI
	Risposta a solleciti relativi a fatturazione attiva e passiva
	Bilancio di esercizio anno
	Pubblicazione dei bilanci
	Registrazione fatture passive
	Emissione mandato di pagamento
	Monitoraggio dei debiti e dei pagamenti
	Certificazioni dei crediti scaduti
Indice di tempestività dei pagamenti	
AREA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	PROCESSI
	Gestione liste di attesa
	Fase di esercizio dell'ALPI
	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero
	Gestione Emergenza epidemiologica da Covid-19
Processo aziendale: Gestione Rifiuti Ospedalieri	
AREA U.R.P.	PROCESSI
	CONTROLLI - URP - Segnalazione ricevute da utenza su anomalie in strutture aziendali
	Dichiarazione Pubblica di interessi
AREA DIREZIONE SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	PROCESSI
	Conduzione studi clinici
	Formazione del personale
AREA FARMACIA	PROCESSI
	Gestione scorte di magazzino
	Gestione sostanze stupefacenti
	Gestione dispositivi medici

SEZIONE QUINTA



MISURE DI PREVENZIONE

La trasparenza

Ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 33/2013 novellato, è stato abrogato l'adempimento di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, sostituito dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

L'applicazione dei principi in materia di trasparenza costituisce una delle misure generali volte a prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità. Ai sensi dell'art. 8, comma 3, del D.lgs. n. 33/2013 i dati, le informazioni e i documenti sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 21, e 15, comma 42 del D.lgs. n. 33/2013. Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e nel Codice in materia di protezione dei dati personali, 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. Pertanto, la pubblicazione dei dati in "Amministrazione trasparente" è effettuata previa verifica dell'esistenza di uno specifico obbligo di pubblicazione previsto dal D.lgs. n. 33/2013 o da altre fonti normative. Anche in questi casi, tuttavia, viene assicurato il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

La sezione, a cui è possibile accedere dal banner "Amministrazione Trasparente" presente in home page dell'IRCCS CROB, rispecchia il concetto di trasparenza intesa come "accessibilità totale" delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, finalizzata alla realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino.

Rapporti tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati - RPD

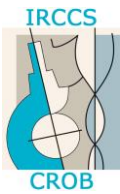
Circa i rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, in primis, che il RPCT è scelto fra personale interno alle amministrazioni o enti, diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679). Fermo restando, quindi, che il RPCT è sempre un soggetto interno, qualora il RPD sia individuato anch'esso fra soggetti interni, l'Autorità (Delibera n. 1074/2018) ritiene che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti,

che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT. Resta fermo che, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Riprendendo l'esempio di cui alla Delibera ANAC 1074/2018, si consideri il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013. In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali. Ciò anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame. Il Garante per la Privacy, interpellato ai sensi dell'art. 5, comma 7, del d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 su istanza del RPCT dell'Istituto, si è espresso sulla richiesta di riesame del provvedimento di rifiuto di accesso civico, ribadendo la sussistenza di un pregiudizio concreto alla protezione di dati personali derivante dalla pubblicazione integrale di una Delibera del Direttore Generale. Di seguito si riportano i provvedimenti adottati in materia da parte dell'Istituto:

- Delibera n. 537 del 23 /10/2020, "affidamento dell'incarico di responsabile protezione dei dati (DPO) ai sensi dell'art. 37 del regolamento U.E. n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali ed affidamento".

Processo di pubblicazione dei dati

La trasparenza implica che tutti i dati resi pubblici possano essere utilizzati da parte degli interessati. Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di atti e documenti perché si realizzino obiettivi di trasparenza. Per l'usabilità dei dati, gli uffici dell'amministrazione curano la qualità delle pubblicazioni affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto. L'amministrazione è, inoltre, tenuta ad individuare, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse e ad adoperarsi per favorire l'accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche. La delibera CIVIT n. 150/2010 e le Linee guida per i siti web della PA forniscono alcune indicazioni sulla qualità dei dati, a cui si rinvia, e che in questa sede si ritiene opportuno richiamare e, solo in parte, integrare. Ogni struttura competente dell'Istituto provvede ad inviare, per posta elettronica in formato aperto e accessibile, i documenti e i dati da pubblicare all'ufficio competente per la

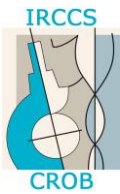


pubblicazione. Tale attività di pubblicazione si protrarrà nel tempo e si configurerà come aggiornamento e manutenzione costante in termini di reperimento dati, aggiunta di nuovi documenti, classificazione e archiviazione degli stessi. L'aggiornamento dei dati e dei documenti avverrà con le cadenze indicate nell'elenco in formato tabellare di cui al presente Piano Triennale, All. 2 "Elenco degli obblighi di pubblicazione e l'ufficio proprietario / Responsabile del dato", o in qualsiasi momento, su espressa richiesta della struttura competente. Tutti i dati, i documenti e le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione sono visibili su sito <https://www.crob.it/>; nella sezione "Amministrazione Trasparente", facilmente individuabile sulla home page del sito stesso.

Accesso civico a dati e documenti

(Procedimento ex art. 5 D.lgs. n. 33/2013) - modificato dal d.lgs. 97/2016

A seguito dell'adozione del primo decreto che applica le disposizioni della riforma Madia sulla Pubblica Amministrazione, D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, pubblicato sulla G.U. n. 132 dell'8 giugno 2016 rubricato "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", viene modificata la disciplina del d.lgs. 33/2013 in materia di trasparenza amministrativa ed introdotta una forma rivoluzionaria di accesso: il "Freedom of information act" (FOIA), il quale radica nel cittadino il diritto di accedere a qualunque atto o informazione detenuti da una P.A., a prescindere dalla dimostrazione di uno specifico interesse vantato (come invece richiesto nell'accesso tradizionale della legge 241/90) e a prescindere dalla sussistenza dell'obbligo della sua pubblicazione (come invece previsto nell'accesso civico disciplinato nell'art. 5 del d.lgs. 33/2013). La trasparenza è intesa come accessibilità totale a dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 1, c. 1, d.lgs. n° 33/2013). Il predetto principio stabilisce l'obbligo per tutte le Pubbliche Amministrazioni di rendere visibile e controllabile all'esterno il proprio operato; in sintesi, la trasparenza dell'azione amministrativa è uno strumento giuridico idoneo a rendere sia i cittadini che le imprese sempre più consapevoli dei meccanismi di funzionamento della macchina pubblica. La trasparenza si riflette e si riscontra in alcuni istituti giuridici che sono tipici del diritto amministrativo quali il responsabile del procedimento e gli uffici di relazione con il pubblico, la comunicazione dell'avvio del procedimento e del provvedimento amministrativo. Un corollario naturale del principio in esame è quello della maggiore responsabilità dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni che sono obbligati a compiere degli atti specifici per poter ottemperare ex lege alle regole



sulla trasparenza. Per il cittadino la trasparenza si traduce in un mezzo per consentire un controllo sul corretto esercizio di un potere pubblico, ma anche come un diritto a comprendere l'operare delle Pubbliche Amministrazioni, ossia ad elaborare una interpretazione personale della realtà amministrativa. Con l'istituto dell'accesso civico si estende il proprio raggio d'azione ben oltre i confini tracciati dal diritto di accesso riconosciuto da più di vent'anni ai soggetti interessati dalla legge 241 del 1990. L'accesso civico, infatti, ha ad oggetto una massa di informazioni che oltrepassa gli specifici atti e documenti che fino ad oggi dovevano essere resi disponibili dalle amministrazioni pubbliche. Già da qualche anno la legislazione ha assistito a questo cambiamento di passo, spinta dalle potenzialità del web e dall'esigenza di battere i dispendi delle risorse pubbliche. La normativa anticorruzione legge n. 190/2012, nel predisporre il riordino delle disposizioni inerenti alla trasparenza, è giunta anche ad enfatizzare la connessione tra gli obblighi di pubblicità e il contrasto alla corruzione. Ciò nonostante, sino al decreto legislativo n. 33 gli strumenti utili alla concretizzazione di queste misure risultavano ancora carenti. Ecco, dunque, l'accesso civico che dovrebbe intervenire per colmare la lacuna. Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione del cittadino al dibattito pubblico, chiunque ha il diritto di richiedere dati, documenti e informazioni detenuti dalla Pubblica Amministrazione, siano essi oggetto di pubblicazione obbligatoria, e quindi nel caso di loro omessa pubblicazione, sia nel caso di dati, documenti o informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti. L'Istituto, con Deliberazione del Direttore Generale n. 573 dell'11/10/2016, ha approvato il Regolamento aziendale per la disciplina dell'Istituto dell'Accesso Civico a dati e documenti, al quale si rimanda al seguente link di collegamento:

http://old.crob.it/crob/files/docs/14/39/28/DOCUMENT_FILE_143928.pdf

Il Piano di comunicazione

La comunicazione pubblica è oggi parte integrante e fondamentale dell'azione delle pubbliche amministrazioni. La complessa legislazione vigente, a partire dalla L. 241/1990, che ha come obiettivo l'informazione ai cittadini quale profilo essenziale della trasparenza amministrativa e come obbligo degli enti pubblici, alla L. 150/2000 e s.m.i., che disciplina le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni, sino al più recente d.lgs. 33/2013 che ha riordinato e semplificato la normativa in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, definiscono uno scenario di sempre maggiore apertura della pubblica amministrazione a doversi attrezzare per raggiungere tutti i potenziali utenti e non il contrario. La comunicazione istituzionale on-line è pianificata per gestire, sviluppare e migliorare la relazione con i cittadini. Permette di raggiungere i cittadini e di rilevare facilmente i loro bisogni ed i loro gradimenti dei servizi e delle informazioni diffuse

grazie alle caratteristiche della velocità, connettività universale, bassi costi ed interattività. Gli obiettivi che il Piano di Comunicazione dell'IRCCS CROB, in linea con gli indirizzi regionali, con le indicazioni della Direzione Generale e con gli obiettivi aziendali nella loro ampia articolazione di temi e priorità, prevedono:

- Comunicazione rivolta ai cittadini e relativa ai servizi erogati, al livello di qualità ed eccellenza raggiunto dai modelli e sistemi propri dell'Istituto, alle azioni di semplificazione nell'accesso alle prestazioni, al ruolo specifico dell'Istituto;
- Informazione per la promozione alla salute, la prevenzione e per l'orientamento della domanda verso le prestazioni di assistenza più appropriate ed efficaci;
- Monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini rispetto alla qualità delle prestazioni proposte e realizzate dall'Istituto, mediante l'attuazione di indagini di customer satisfaction interne;
- Comunicazione del ruolo specifico dell'IRCCS CROB nel sistema sanitario regionale e su aree tematiche specifiche, al fine di aumentare l'evoluzione e l'impatto dei miglioramenti attesi rispetto ai bisogni di salute del cittadino;
- Comunicazione interna aziendale, mediante consolidamento e miglioramento di strumenti e modalità, che consentano collegamenti continui e privilegiati tra la Direzione Strategica e i dipartimenti;
- Migliorare la gestione del sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni in riferimento alle iniziative di prevenzione e divulgazione di corretti stili di vita;
- Promuovere nuove campagne educazionali nell'ambito di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale;
- Migliorare la conoscenza ed il corretto utilizzo dei Servizi da parte dell'Utenza di riferimento;
- Aumentare la conoscenza dei servizi e delle attività realizzate dall'Istituto garantendo la massima visibilità;
- Mantenere ed incrementare il sistema di comunicazione interna destinata agli Operatori;
- Continuare a sensibilizzare tutti i soggetti aziendali coinvolti nel processo di comunicazione sull'importanza di un flusso informativo efficace, capillare e continuo;
- Favorire ulteriormente l'accesso alle informazioni aziendali da parte dell'utenza fragile;
- Elaborare messaggi mirati che possano rendere disponibile, in un'ottica di multiculturalità, l'informazione aziendale ai Cittadini stranieri.

Il bilancio sociale

Ogni anno l'IRCCS CROB pubblica il proprio bilancio sociale, nell'ottica della trasparenza e della rendicontazione delle proprie attività, ma soprattutto in risposta agli impegni presi dalla Direzione nei confronti di tutte le parti interessate ed in modo particolare dei pazienti.

Il documento è relativo alla rendicontazione delle attività svolte dall'Istituto nell'anno in relazione agli obiettivi pianificati e rappresenta una sintesi, per i non addetti ai lavori (portatori di interessi), degli atti di indirizzo e programmazione assunti dalla direzione strategica. (Link al Bilancio Sociale: <https://www.crob.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/>).

La direzione Generale del CROB, con il Bilancio sociale, vuole sintetizzare e tradurre i contenuti di questi importanti documenti con un linguaggio più semplice e comprensibile da tutti i portatori di interessi in modo da favorire la partecipazione e la condivisione degli stessi ai processi gestionali ed organizzativi nell'ottica della massima trasparenza.

Anticipa inoltre, le trasformazioni strategiche che si verificano nel contesto regionale, dando ampia rilevanza alla partecipazione degli stakeholder nella definizione dello stesso, nell'ottica dell'apertura ai cittadini e alle loro rappresentanze per cercare di raccogliere i suggerimenti di miglioramento delle prestazioni ed aumentare il grado di soddisfazione del cittadino – paziente.

Il Codice di comportamento

La pubblicazione della Delibera Anac n. 177 del febbraio 2020, contenente le Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, richiama alla puntuale connessione tra Codice e PTPCT, tra misure di prevenzione e regole di comportamento. Come è ormai chiaro, il sistema anticorruzione mira a coinvolgere e sensibilizzare tutte le dimensioni aziendali, dall'organizzazione degli uffici, al loro funzionamento, alle relazioni tra dipendenti, ai rapporti con l'utenza. L'attività della Prevenzione si compone di tre fasi specifiche che mostrano il legame di interdipendenza tra Codice e Piano. Il primo livello è quello della programmazione della prevenzione: vale a dire la definizione dell'organizzazione aziendale, la sua articolazione interna. Il secondo si sviluppa nella modalità con cui viene esercitata l'azione amministrativa, attraverso il colloquio, la relazione con i cittadini: il Sistema della Trasparenza. La terza fase di intervento della prevenzione agisce attraverso l'attività dei funzionari, nelle decisioni e azioni del dipendente pubblico, regolate dai codici di comportamento. I codici tracciano il profilo del Funzionario "modello", vero argine al verificarsi in azienda di atti irregolari/corruptivi che deviano le decisioni pubbliche verso interessi particolari. Il codice di comportamento come strumento di prevenzione rappresenta pertanto una sfida, quella di andare oltre la formalità o la dimensione deontologica, per diventare componente culturale dell'operatore pubblico. Il punto centrale è l'Etica, un'etica amministrativa

che trae le sue radici, dal “servizio alla Nazione”, dalla microcellula “Ufficio” (reparto, corsia, sportello, centralino) inteso come servizio al cittadino e al dipendente stesso.

L’Istituto con Deliberazione del Direttore Generale n. 784 del 18 dicembre 2017 ha adottato il Codice Etico e di comportamento dell’IRCCS CROB. – Link di collegamento al Codice Etico: <https://www.crob.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>

Per l’adozione del Codice di comportamento aziendale sono state curate le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge ed è stata osservata la tempistica stabilita dalla intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013) che – in materia di “Codice di comportamento” – ha previsto che gli enti adottano un proprio Codice di comportamento ai sensi dell’art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001 entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del Codice approvato con D.P.R. n. 62 del 2013, tenendo conto della disciplina dettata da quest’ultimo. L’Istituto ha definito il proprio Codice di comportamento, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell’O.I.V. I Codici di comportamento, statale ed aziendale, si applicano ai dipendenti dell’IRCCS CROB e prevedono l’estensione, per quanto compatibili, 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 o servizi o che realizzano opere in favore dell’amministrazione. Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando va inserita la condizione dell’osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo dell’Istituto, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell’Azienda, nonché va prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice. Ai sensi della l. n. 190/2012, la violazione delle regole del Codice di comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale dà luogo a responsabilità disciplinare. Per l’effetto, le norme contenute nei codici di comportamento, generale ed aziendale, vengono recepite dinamicamente nel codice disciplinare aziendale, per l’applicazione delle sanzioni disciplinari ivi disciplinate, nell’osservanza del procedimento e dei principi ivi stabiliti.

Procedure per la comunicazione e la gestione del conflitto di interessi

Procedura per la gestione di un eventuale conflitto di interessi:

- a) il responsabile dell’ufficio di appartenenza del soggetto coinvolto nell’ipotesi di conflitto di interessi esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza o meno un conflitto di interessi;
- b) se la situazione realizza un conflitto di interessi il responsabile di cui al punto a), entro 15 giorni, risponde per iscritto all’interessato comunicando gli esiti della valutazione;

- c) il responsabile di cui al punto a), assume, motivandola, una delle determinazioni conseguenti:
1. richiesta di astensione dell'interessato dall'incarico/procedimento;
 2. permanenza dello stesso nell'incarico/procedimento;
- d) nel caso di cui alla lettera c) il responsabile dell'ufficio provvede, tempestivamente, nel rispetto del principio di proporzionalità, a:
1. rappresentare al Direttore Generale l'esistenza del conflitto di interessi;
 2. proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico;
 3. proporre il trasferimento dell'interessato ad altro ufficio;
 4. dare comunicazione al responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT) della soluzione adottata anche al fine di assicurare la continuità amministrativa.

Nell'ipotesi di dubbio, circa la possibile sussistenza di un potenziale conflitto di interessi, è possibile avanzare richiesta di parere all'ANAC, che ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 3, della legge n. 190/2012, esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle pubbliche amministrazioni, e ordina l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dal Piano Nazionale Anticorruzione e dai piani di prevenzione della corruzione delle singole amministrazioni e dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa previste dalla normativa vigente, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza.

Associazioni o organizzazioni

Nel caso di appartenenza ad associazioni o organizzazioni operanti in settori attinenti con l'attività istituzionale dell'IRCCS CROB, la valutazione sul potenziale conflitto di interessi deve essere effettuata caso per caso ed in particolar modo tenendo conto delle seguenti situazioni:

1. il soggetto che abbia aderito o che abbia intenzione di aderire ad una associazione o organizzazione è tenuto alla relativa dichiarazione al fine di consentire all'Amministrazione una valutazione preliminare, sulla base degli scopi e degli ambiti di attività della associazione/organizzazione stessa, delle eventuali ipotesi di insorgenza del conflitto. Qualora il soggetto adempia all'obbligo di dichiarazione soltanto dopo l'adesione, la dichiarazione deve essere effettuata tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dall'adesione;
2. l'eventuale mancata dichiarazione da parte del soggetto configura una violazione degli obblighi di servizio e conseguentemente comporta l'avvio di un procedimento disciplinare;
3. il soggetto non esercita pressioni nei confronti di colleghi e altri operatori o utenti dei servizi, con i quali viene in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o

organizzazioni, indipendentemente dal carattere delle stesse dalla possibilità o meno di derivarne vantaggi di qualsiasi natura;

4. il destinatario delle dichiarazioni è il RPCT, di norma per il tramite dei livelli dirigenziali preposti alle singole aree di interesse cui compete la verifica delle dichiarazioni e la relativa presa d'atto.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella l. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", 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 interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

I dipendenti dell'IRCCS CROB sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo. A tal fine: a) è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale; b) è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti. Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di comportamento generale, che pone una norma da leggersi in maniera coordinata con la disposizione precedente, 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. Il suindicato art. 6 del Codice di comportamento generale contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse, nonché una clausola di carattere generale in riferimento a tutte le ipotesi in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza". La segnalazione del conflitto 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 dall'incarico esso 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. 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 sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa. L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. L'attività informativa è prevista nell'ambito delle iniziative di formazione contemplate nel P.T.P.C. e nel P.T.F.

Come possiamo GESTIRE il conflitto di interessi?



Il conflitto di interessi nelle procedure di appalto

Secondo l'art. 42, cc. 2 e 3 del D.lgs. n. 50/2016, "si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62".

"Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico" (comma 3). Qualora "la partecipazione dell'operatore economico determini una situazione di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 42, comma 2, non diversamente risolvibile", le stazioni appaltanti lo escludono dalla partecipazione alla procedura d'appalto (art. 80, comma 5, lett. d), D.lgs. 50/2016).

L'articolo 42, sopra citato, si riferisce al personale ma in senso lato, cioè non solo a soggetti titolari di un contratto di lavoro dipendente con gli enti coinvolti, ma anche, a maggior ragione, a coloro i quali, rivestendo una influente posizione sociale o di gestione amministrativa, hanno giocoforza un maggior "interesse finanziario, economico o altro interesse personale". (TAR Pescara – Sent. N. 21 del 9 Gennaio 2017). Si tratta di situazioni in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale. Si verificano quando il dipendente pubblico (Rup e titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, esecuzione contratto e collaudi) è portatore di interessi della sua sfera privata, che potrebbero influenzare negativamente l'esercizio imparziale e obiettivo delle sue funzioni.

Strategia in materia di conflitto di interessi

A tutela della regolarità dell'azione amministrativa e quindi della salvaguardia degli interessi dell'Istituto, al fine di sensibilizzare i dipendenti e proteggerli dall'accusa in fase successiva di mancata comunicazione del conflitto di interessi, l'IRCCS CROB adotta la seguente strategia:

- considera l'intera procedura d'appalto e la gestione dei successivi contratti;
- soddisfa i requisiti dei regolamenti nazionali e delle direttive dell'UE in materia di appalti pubblici;

- include un capitolo specifico dedicato alle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi;
- include il riferimento ai doni e all'ospitalità, visto che anch'essi possono essere giudicati come istigazioni nel corso, prima o dopo una procedura d'appalto, nonché durante la gestione di eventuali contratti o appalti successivi;
- garantisce che l'Azienda conservi la documentazione di eventuali conflitti di interessi per dimostrare le modalità e le azioni adeguate con cui tali conflitti sono stati affrontati. La pratica di conservazione dei documenti consente di avere un punto di riferimento per i futuri casi di conflitti di interessi;
- include il riferimento alle sanzioni previste per i conflitti di interessi non dichiarati. Le sanzioni devono essere adeguate e costituire un deterrente alla violazione delle norme;
- include un allegato contenente esempi comuni di tali conflitti;
- affronta la questione dei casi in cui un membro del personale lascia un'organizzazione del settore pubblico (i cosiddetti casi del tipo "porta girevole"): il personale è obbligato a non rivelare informazioni riservate di cui è venuto a conoscenza durante lo svolgimento del proprio lavoro. Il personale non deve trarre vantaggio da eventuali conflitti di interessi successivi che possono sorgere dopo che ha lasciato il posto di lavoro.

Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi – caratteristiche

Le persone coinvolte nelle procedure di appalto devono firmare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi prima della nomina o comunque non appena prendono parte alla procedura. Si tratta di un obbligo cui ottemperare immediatamente al fine di salvaguardare la procedura e la persona stessa.

La dichiarazione deve contenere:

- un chiaro riferimento alla procedura in questione;
- il nome completo e i dati identificativi del firmatario, nonché la sua posizione in seno all'organizzazione e la sua funzione nell'ambito della procedura d'appalto;
- la data della firma.

La dichiarazione resa nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione (art 46 e 47 DPR n. 445/2000) deve permettere al firmatario di dichiarare con riferimento alla specifica procedura:

- se, per quanto gli è dato di sapere, si trova in una situazione di apparente/potenziale/reale conflitto di interessi in relazione alla procedura d'appalto cui si fa riferimento;

- se vi siano circostanze che potrebbero metterlo in una situazione di apparente/potenziale/reale conflitto di interessi nel prossimo futuro;
- che notificherà immediatamente qualsiasi potenziale conflitto di interessi qualora si verificano circostanze che portino a questa conclusione;
- specifica assunzione di responsabilità del suo aggiornamento in corso d'opera;
- deve fare riferimento alle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci o per conflitti di interessi non dichiarati.

La dichiarazione deve contenere un riferimento alle norme ed alle sanzioni disciplinari/amministrative/penali previste in caso di falsa dichiarazione. Include un impegno di riservatezza, se è probabile che la persona venga a conoscenza di dati commerciali riservati di un offerente nel corso della procedura d'appalto.

Aspetti procedurali

Ogni persona coinvolta in una qualsiasi fase della procedura di appalto (dalla fase di preparazione, elaborazione a quelle di esecuzione o chiusura), deve firmare l'apposita dichiarazione e consegnarla al Responsabile del procedimento.

Tale obbligo vale almeno per le persone seguenti:

- il personale che contribuisce alla preparazione/stesura della documentazione di gara (RUP/dirigente);
- i membri del collegio tecnico;
- i membri della commissione/seggio di gara e il segretario;
- il Responsabile della sicurezza (RES), il Coordinatore della sicurezza in esecuzione (CSE), il Direttore dell'esecuzione contratto (DEC), l'assistente del Direttore dell'esecuzione del contratto, se previsto, il Direttore dei Lavori (DEL) e il collaudatore dei singoli contratti.

Il RUP/Dirigente responsabile della procedura raccoglie le dichiarazioni prima della nomina soggetti, o comunque non appena prendono parte alla procedura, in qualunque fase della stessa (preparazione, elaborazione valutazione attuazione o chiusura), ogni qualvolta nel corso della procedura vi siano variazioni delle condizioni.

Di tale dichiarazione viene fatto riferimento negli atti di:

- indizione della gara
- nomina Commissione Giudicatrice
- aggiudicazione.

Il dirigente deve assicurarsi che tali persone siano consapevoli della necessità di notificare senza indugio eventuali cambiamenti della situazione. La dichiarazione può essere redatta ex novo o in aggiornamento del modello compilato, ogni volta si renda necessaria.

Rotazione del personale

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione. Come osservato dalla Conferenza unificata del 24 luglio 2013 "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa" e, in ogni caso, la rotazione del personale presuppone l'adozione di criteri generali oggettivi, previa informativa sindacale. Il PNA 2019 ribadisce che per l'attuazione della misura è necessario che l'amministrazione nel proprio PTPCT chiarisca i criteri, individui la fonte di disciplina e sviluppi un'adeguata programmazione della rotazione, o ne rinvii la disciplina ad ulteriori e specifici atti organizzativi (per la dirigenza i criteri devono essere esplicitati nell'atto di conferimento degli incarichi). Tali contenuti sono mirati ad evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o effettivamente utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione (in questa ottica rientrano le preventive ed adeguate informative alle organizzazioni sindacali). La misura in oggetto deve risultare compatibile con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati (es. diritti sindacali ai sensi della L. 104/92), e correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Per questo motivo la rotazione è intrinsecamente legata alla Formazione del Personale, al fine di assicurare che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie. Viene pertanto auspicata una solida valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, per l'instaurazione di un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione. La misura della rotazione ordinaria deve essere sempre pluriennale e graduale, prevedere la prioritaria applicazione alle principali aree di rischio ed al loro interno, agli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi, fino ai settori meno coinvolti. Il criterio ne prevede l'applicazione in primis al personale dirigenziale (Anac raccomanda per i dirigenti delle aree a rischio che la durata dell'incarico sia fissata al limite minimo legale)

e di seguito al comparto (responsabili del procedimento, titolari di posizione organizzative addetti al pubblico, etc.....), sempre secondo il livello di esposizione del rischio. La rotazione può svolgersi all'interno dello stesso ufficio o uffici diversi o in aree territoriali differenti (rotazione territoriale). La mancata attuazione della rotazione deve essere congruamente motivata da parte del soggetto tenuto all'attuazione della misura. Alla rotazione ordinaria si dà corso alla scadenza degli incarichi, fatto salvo quanto previsto dall'art. 16, comma 1, lettera l – quater del D. Lgs. 165/2001 in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva, ferma restando ogni valutazione in merito alla sospensione del rapporto di lavoro, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali. La rotazione non si applica per le figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali o particolari requisiti del reclutamento. La infungibilità delle figure professionali dovrà essere adeguatamente motivata. In linea generale la rotazione del personale addetto alle attività a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura importante, ma di difficile attuazione in un'azienda con le caratteristiche dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture (in termini di dimensioni, numero di personale dirigenziale e non dirigenziale, ecc.....), l'organico della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale è composto da 5 dirigenti, di cui uno in aspettativa per incarico presso altra amministrazione e 1 trasferito ad altra amministrazione. Altrettanto difficile da attuare è la rotazione nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, in particolare del personale medico, in quanto si tratta di personale che deve essere necessariamente assegnato alla struttura corrispondente alla propria disciplina di specializzazione. L'applicazione della misura comporterebbe il rallentamento dell'attività ordinaria in entrambe le strutture coinvolte. In alternativa il direttore di struttura valuterà la fattibilità della rotazione del personale non dirigenziale con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento. La misura della rotazione sarà invece immediatamente attuata "**rotazione straordinaria**" nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Ferma restando la possibilità di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'azienda procede:

- per il personale dirigenziale, alla revoca dell'incarico in corso e al contestuale passaggio ad altro incarico (combinato disposto dell'art. 16 comma 1 lett. l quater e art. 55 ter comma 1 del d.lgs. 165/2001);
- per il personale non dirigenziale, all'assegnazione ad altro servizio (art. 16 comma 1 lett. l quater d.lgs. 165/2001).

L'ANAC ha inoltre chiarito che al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza:

- a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti,
- b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1,

lett. l-quater del d.lgs. 165/2001.

La valutazione della condotta del dipendente da parte dell'Amministrazione è obbligatoria. L'amministrazione è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale ovvero al trasferimento del dipendente ad altro ufficio nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata, rilevi che la condotta del dipendente oggetto del procedimento penale o disciplinare sia di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. L quater, D.lgs. 165/2001). Inoltre, ad avviso dell'Autorità il momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata tale valutazione coincide con la conoscenza della richiesta di rinvio a giudizio (art. 405-406 e sgg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari). L'applicazione della misura della rotazione ordinaria rientra nella autonoma programmazione dell'Istituto nell'ambito dell'applicazione della L. 190/2012.

Svolgimento di incarichi d'ufficio - Attività ed incarichi extraistituzionali

Il legislatore con la Legge n.190/2012 è intervenuto a modificare l'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 in materia di svolgimento di incarichi da parte dei dipendenti pubblici, al fine di evitare che il cumulo in capo ad un medesimo Dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Amministrazione, possa comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di poteri in capo ad un unico soggetto e, quindi, il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del Dirigente stesso. Lo svolgimento di incarichi da parte del Dirigente e del funzionario incaricato, soprattutto se extraistituzionali, può realizzare situazione di conflitto di interesse e compromettere il buon andamento dell'attività amministrativa. A tal fine, onde evitare rischi corruttivi l'art. 53 comma 5 e 7 D.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012, l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, ha adottato con delibera del D.G. n. 253 del 20/05/2015 il "**Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali**" e successivamente pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente – sotto sezione Altri contenuti corruzione".

Pantouflage – Revolving Doors (Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro)

La legge 190/2012 ha introdotto una nuova disciplina delle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, il c.d. pantouflage o revolving doors, volta a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. L'art. 53, c. 16-ter, del D.lgs. 165/2001 stabilisce, infatti, che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività

lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri". L'intento della norma è di evitare che coloro che esercitano poteri autoritativi o negoziali sfruttino la posizione ricoperta all'interno della pubblica amministrazione, al fine di ottenere un nuovo incarico (subordinato o autonomo) presso una società terza con la quale hanno intrattenuto rapporti di lavoro. "I dipendenti interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno 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".

L'IRCCS CROB, al fine di dare attuazione a tale divieto, prevede quanto segue:

- Inserimento nei provvedimenti di incarico e nei contratti di assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali di clausole che prevedano il divieto di svolgere, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorative o professionali (rapporti di lavoro subordinato o autonomo) presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta in virtù dei suddetti poteri (provvedimenti, contratti o accordi);
- Inserimento nei bandi di gara o negli atti preliminari agli affidamenti, della condizione di non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non attribuire incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'IRCCS CROB nei loro confronti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto;
- Dichiarazione di conoscenza della normativa e di impegno a rispettarla, da far sottoscrivere ai dipendenti all'atto della cessazione del rapporto di lavoro alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- I soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- Si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.lgs. n.165/2001.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente misura sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

L'IRCCS CROB, in considerazione dell'importanza della misura ai fini della prevenzione della corruzione, ha inserito, al fine di contrastare il pantouflage, apposite clausole contrattuali ostative, nei contratti di assunzione del personale, nei bandi di gara o negli atti preliminari di affidamenti.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower)

L'art. 1, comma 51 della Legge n. 190/2012 ha introdotto, nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" (c.d. Whistleblower).

Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e, più in generale, di condotte riprovevoli nell'ambito delle amministrazioni pubbliche. Per "Whistleblowing Policy" si intende una procedura volta ad incentivare le segnalazioni e a tutelare proprio in ragione della sua funzione civica e sociale, il whistleblower. Infatti, coloro che decidono di portare alla luce e denunciare fenomeni di corruzione sul posto di lavoro sono "sentinelle civiche" che aiutano a migliorare il sistema, a liberarlo da possibili illegalità e frodi e per questo vanno incoraggiate e l'art. 1, comma 51, della Legge 190/2012 ha previsto l'inserimento dell'articolo 54 bis al D.lgs. 165/2001, così come modificato ed integrato dalla legge 30 novembre 2017 n. 179, in merito alla tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

L'Istituto, con Deliberazione del Direttore Generale n. 682 del 16/10/2018, ha approvato la Procedura per le segnalazioni e irregolarità (Whistleblowing Policy), consultabile al seguente link: <https://www.crob.it/whistleblowing-policy/>

Inoltre, l'IRCCS CROB, al fine di garantire l'anonimato del segnalante, ha implementato una piattaforma online per la segnalazione degli illeciti, alla quale è possibile accedere cliccando sul seguente link: <https://whistleblowing.crob.it/#/>

Attenzione
È caldamente consigliato di visitare questo sito utilizzando l'applicazione chiamata Tor Browser che tutela il tuo anonimato.
[Scarica il Tor Browser](#)
Poi, una volta installato, copia ed incolla il seguente indirizzo all'intero del Tor Browser: `n3ve3yentmq6befgnzk6ulloikbxfdl27znxralzr3dsoerpmzlnvclid.onion`



I.R.C.C.S. Crob - Whistleblowing

Benvenuto! Sei un dipendente di questa Amministrazione/Ente o un dipendente di un'impresa che lavora per questa PA?

[Invia una segnalazione](#)

Hai già effettuato una segnalazione? Inserisci la tua ricevuta.

XXXX XXXX XXXX XXXX

[Accedi](#)

Una volta eseguita la segnalazione la piattaforma rilascerà un codice univoco, detto “key code” che permetterà di accedere alla piattaforma e permetterà di dialogare con il RPCT in modo spersonalizzato e rimanere aggiornato sullo stato di lavorazione della segnalazione.

La formazione

La formazione riveste un’importanza cruciale nell’ambito dell’azione di prevenzione della corruzione. I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Le iniziative formative sono inserite anche nel Piano Annuale della Formazione di cui all’art. 7 bis del D. lgs. n. 165/2001. L’adozione delle iniziative finalizzate alla realizzazione degli interventi formativi è programmata nell’ambito del P.T.P.C.T. e del P.A.F. L’IRCCS CROB, nel piano annuale di formazione del personale, anno 2022, approvato dagli organi competenti, inserito in piattaforma Agenas in corso di formalizzazione. L’individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell’etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione. L’individuazione dei contenuti formativi, l’elaborazione delle relative linee strategiche e programmatiche e la rilevazione del c.d. fabbisogno formativo attraverso l’analisi dei bisogni formativi è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione anche sulla base delle indicazioni fornite dai Referenti. L’Istituto, ove possibile, inserisce specifici interventi formativi sui temi dell’etica pubblica, dell’integrità pubblica e della legalità in tutti i restanti corsi organizzati per la formazione e l’aggiornamento del proprio personale di qualunque profilo ed area di appartenenza (comparto, dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale), di modo da garantire piena e massima efficacia e continuità alla strategica azione di formazione, quale ineludibile misura di prevenzione e contrasto della corruzione e dell’illegalità.

Formazione del personale dipendente in materia di anticorruzione e trasparenza anno 2023

ANNO 2023	Obiettivo: Supportare i dipendenti coinvolti nelle aree a maggior rischio negli adempimenti previsti dalla normativa.	
	Destinatari	Programma
	Responsabili del procedimento amministrativo/dipendenti coinvolti nelle aree a maggior rischio di corruzione	Rotazione del personale, mobilità, codice di comportamento, valutazione incarichi, incompatibilità e inconfiribilità.
	OBIETTIVO: Assicurare le conoscenze di base sul tema corruzione	
	Tutto il personale dipendente	Etica e Legalità al centro del lavoro pubblico (D.L. 36/2022 - PNRR 2)
	OBIETTIVO: Flusso dati sezione amministrazione trasparente	
	Responsabili dei dati oggetto di pubblicazione	La sezione Amministrazione trasparente alla luce degli aggiornamenti del D.lgs. 97/2016

Termini dei procedimenti

L'IRCCS CROB, per i procedimenti per i quali non ha provveduto a determinare il termine entro cui devono concludersi, rispetta come tempi procedurali il termine di 30 giorni così come stabilito dall'art. 2, comma 3, della L. 7 agosto 1990 n. 241. Il termine di trenta giorni non si applica ai procedimenti concernenti l'acquisizione di beni e servizi/lavori, per i quali si applicano i termini previsti dalla legge ed i cui tempi di espletamento sono condizionati dalla complessità e particolarità della tipologia di appalto, nonché a tutti gli altri procedimenti per i quali la legge prevede un termine maggiore. Con atto da adottarsi in conformità del presente Regolamento, possono essere individuati ulteriori e specifici termini per la conclusione di procedimenti aventi particolare contenuto e complessità. Il responsabile può sospendere il procedimento amministrativo qualora, richiesti pareri o valutazioni tecniche ai sensi rispettivamente degli articoli 16 e 17 della legge n. 241/1990, gli stessi non siano stati resi dagli organi consultivi nei termini previsti e risultino comunque essenziali per lo svolgimento del procedimento stesso a garanzia dei soggetti interessati.

Procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti

Il Piano di prevenzione della corruzione dell'IRCCS CROB definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. A tal fine, tutte le fasi procedurali, da quella iniziale sino a quella conclusiva, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni dell'Istituto nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi. Sul sito web istituzionale dell'IRCCS CROB devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali. Con il D.lgs. n. 97/2016, viene meno l'obbligo di pubblicazione inerente al monitoraggio dei tempi procedurali, pertanto secondo le norme vigenti, sono mantenuti solo i monitoraggi pubblicati nei periodi precedenti. Rimane l'obbligo di effettuare il monitoraggio come misura di prevenzione, ma non per la sua pubblicazione. Per garantire l'effettività di tali misure i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali predispongono una scheda degli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, da inoltrare al Responsabile della prevenzione della corruzione, con cadenza semestrale. I suddetti Responsabili relazionano, con immediatezza e senza ritardo su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi, informando anche il Direttore Generale. Il Responsabile della

prevenzione della corruzione può direttamente monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta. Di tali iniziative il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto a dare sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

I soggetti titolari del potere sostitutivo in caso di inerzia del responsabile del procedimento

Come noto, "l'organo di governo individua, nell'ambito delle figure apicali dell'amministrazione, il soggetto cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia" (articolo 2 comma 9-bis della legge 241/1990, comma aggiunto dal DL 5/2012 convertito dalla legge 35/2012). Decorso infruttuosamente il termine per la conclusione del procedimento, il privato cittadino, che con domanda ha attivato il procedimento stesso, ha facoltà di rivolgersi al titolare del potere sostitutivo affinché, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluda il procedimento attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario. Il titolare del potere sostitutivo entro il 30 gennaio di ogni anno ha l'onere di comunicare all'organo di governo, i procedimenti, suddivisi per tipologia e strutture amministrative competenti, per i quali non è stato rispettato il termine di conclusione previsto dalla legge o dai regolamenti. Con deliberazione del D.G. n. 182 del 27 marzo 2017, l'IRCCS CROB ha adottato il Regolamento per l'individuazione del Responsabile del procedimento amministrativo. In caso di inerzia dei responsabili dei procedimenti, il potere sostitutivo spetta ai Direttori di Unità Operativa Complessa (U.O.C.), ai Dirigenti responsabili di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.), Unità Operativa Semplice (U.O.S.) o di Servizio, nel quale il Responsabile di procedimento è incardinato. In caso di inerzia dei Direttori di U.O.C., U.O.S.D., U.O.S. o dei Dirigenti responsabili di Servizio, il potere sostitutivo, spetta al Direttore di Dipartimento ovvero al Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo nell'ambito delle rispettive competenze. Per i procedimenti afferenti alla Direzione scientifica, in caso di inerzia del responsabile del procedimento, il potere sostitutivo, spetta al Direttore Scientifico. In caso di inerzia del Direttore Sanitario, Amministrativo o Scientifico, il potere sostitutivo spetta al Direttore Generale. In questa ultima ipotesi l'interessato può rivolgersi al Direttore Generale, affinché concluda il procedimento entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto per la conclusione del relativo procedimento inviando formale richiesta all'indirizzo di posta elettronica direzione.generale@crob.it. Resta inteso che il Direttore Generale può servirsi delle strutture competenti al fine di garantire, in ogni caso, una rapida e puntuale definizione, con facoltà di nomina di un "commissario ad acta".

SCHEMA APPLICAZIONE POTERE SOSTITUTIVO IN CASO DI INERZIA DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO



Controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013 all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale o in sede di dichiarazione annuale

L'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013 prevede l'acquisizione di dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità come segue:

- a) all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità;
- b) nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

Come misura di prevenzione è previsto che l'U.O.C. Affari Generali e Personale acquisisca la dichiarazione di cui al precedente comma a) preventivamente alla stipula di contratto. Successivamente ciascun interessato annualmente dovrà presentare al RCPT una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità. Entro il 31 dicembre di ogni anno, il RPCT verifica, in collaborazione con l'U.O.C. Affari Generale e Personale, l'insussistenza di ipotesi di inconfiribilità ed incompatibilità ai sensi del D.lgs. n. 39/2013. L'accertamento avviene a mezzo di controlli e verifiche che vanno effettuati a campione in una misura percentuale del 5% sul totale delle dichiarazioni presentate. Le autodichiarazioni sull'insussistenza delle cause di inconfiribilità degli incarichi di cui agli articoli 3, 5, e 8 del D.lgs. 39/2013, dell'art. 7 del D.lgs. 235/2012, dell'art. 3 del D.lgs. 502/1992, dell'art. 2 della L. 17/1992 e di incompatibilità degli incarichi di cui agli articoli 10 e 14 del D.lgs. 39/2013, dell'art. 3 bis del D.lgs. 502/1992, se ed in quanto applicabili all'IRCCS CROB, devono essere rese dai soggetti interessati a norma degli artt. 46 e 47 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, all'atto del conferimento dell'incarico. Le già menzionate autodichiarazioni costituiscono condizione per l'acquisizione dell'efficacia degli incarichi e dovranno essere pubblicate, a cura dello staff di supporto al RPCT, sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente". I controlli vengono effettuati secondo le seguenti modalità:

- 1) Mediante richiesta di informazioni da inviare all'amministrazione di appartenenza nel caso in cui il dirigente provenga da altra amministrazione;
- 2) Mediante acquisizione dal Ministero di Giustizia di notizie in merito all'eventuale sussistenza di sentenze di condanna per i reati di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- 3) Mediante acquisizione dalla banca dati "PERLAPA" e il casellario centrale delle posizioni previdenziali attive all'INPS ai fini della verifica di eventuali attività professionali svolte;
- 4) Mediante consultazione di banche dati (es. Anagrafe disponibile sul sito del Ministero dell'Interno, per le cariche pubbliche).

Nel caso in cui, a seguito del controllo, dovessero emergere difformità a quanto indicato nelle dichiarazioni rese, fermo restando le sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in materia di dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo testo normativo, gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità previste dal d.lgs. n. 39/2013 sono nulli. Il RPCT per la provvederà ad avviare la procedura di contestazione.

Procedure per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere

Il Piano di prevenzione dell'IRCCS CROB definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. Sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere vigilano, in via ordinaria, i dirigenti preposti alle varie articolazioni dell'Istituto, al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza ed al rigoroso rispetto della legge, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. Come misura di prevenzione per la fase di esecuzione dei contratti, in coerenza con quanto definito nei precedenti capitoli del presente documento e nel codice etico di Istituto approvato con Delibera del Direttore Generale n. 784 del 18/12/2017 il RUP, DEC/REC e l'assistente al DEC/REC devono compilare, preventivamente all'inizio delle attività la dichiarazione di insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi. Le suddette dichiarazioni saranno conservate a cura del RUP. I Responsabili di tutte le articolazioni dell'Istituto verificano periodicamente il rispetto della suddetta misura e

relazionando in merito con cadenza annuale gli esiti del monitoraggio effettuato. In aggiunta a tale relazione i Responsabili delle UU.OO. ed i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi. In quest'ultimo caso la relazione è inoltrata, oltre che al Responsabile della prevenzione della corruzione, anche al Direttore Generale. Il Responsabile della prevenzione della corruzione può direttamente monitorare i rapporti in questione, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria dei relativi procedimenti, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta. Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità. Di tali iniziative il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto a dare sollecita informativa al Direttore Generale dell'Istituto.

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445/2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445/2000); misura da attuarsi – con decorrenza immediata – da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali in modo da pervenire, entro il mese di dicembre di ogni anno, alla effettuazione di un numero complessivo di controlli, riferito all'intera Azienda, che superi quelli attualmente ed obbligatoriamente effettuati di almeno il 5%.

Monitoraggio sul cumulo delle ore

Lo svolgimento di un monitoraggio nelle diverse strutture organizzative sul cumulo delle ore in eccedenza del personale tecnico amministrativo. Lo scopo di tale attività è individuare eventuali situazioni anomale caratterizzate da un utilizzo eccessivo e ingiustificato rispetto agli effettivi carichi di lavoro nella struttura organizzativa di appartenenza; misura da attuarsi da parte del Responsabile dell'U.O. AA.GG. e Personale, d'intesa con i Responsabili degli uffici a vario titolo coinvolti.

Liquidazioni rimborsi spese missioni

La verifica a campione delle autorizzazioni alle missioni e delle rendicontazioni economiche sulle spese (presenza di giustificativi del personale, da parte del Dirigente della U.O.C. AA.GG. e PERSONALE.

Elaborazione cedolini stipendiali

Attivazione di un controllo mensile sui caricamenti stipendiali, verifica a campione di cedolini stipendiali da parte del personale dell'U.O.C. AA.GG. e PERSONALE, assenza di modifiche manuali al file mensile stipendiale definitivo.

Conferimento incarichi collaborazione e consulenza

Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da allegare al contratto e pubblicazione delle tabelle comunicate al DPF, nella sezione amministrazione trasparente.

Affidamenti legali

L'articolo 17, comma 1, lettera d), del Codice dei contratti pubblici - rubricato «Esclusioni specifiche per contratti di appalto e concessione di servizi» - elenca alcune tipologie di servizi legali che esclude dall'ambito oggettivo di applicazione delle disposizioni codicistiche. Tale articolo non è, tuttavia, l'unica disposizione del Codice dei contratti pubblici a far riferimento ai servizi legali. L'articolo 140, contenuto nel Capo I dedicato agli «Appalti nei settori speciali», assoggetta ad un particolare regime pubblicitario i servizi di cui all'Allegato IX del Codice dei contratti pubblici, nei quali rientrano anche i «Servizi legali, nella misura in cui non siano esclusi a norma dell'articolo 17, comma 1, lettera d)». A seguito delle perplessità manifestate dagli operatori del settore, l'ANAC ha ritenuto necessario elaborare un atto di regolazione ai sensi dell'articolo 213, comma 2, del Codice dei contratti pubblici, finalizzato a fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per l'esatta individuazione delle tipologie di servizi legali rientranti nell'elenco di cui all'articolo 17 e di quelle rientranti nella categoria di cui all'Allegato IX, e per le modalità di affidamento di tali servizi.

Al riguardo, l'ANAC aderisce all'impostazione palesata dal Consiglio di Stato nel parere n. 2017 del 3 agosto 2018. L'affidamento dei servizi legali costituisce appalto, con conseguente applicabilità dell'allegato IX e degli articoli 140 e seguenti del Codice dei contratti pubblici, qualora la stazione appaltante affidi la gestione del contenzioso in modo continuativo o periodico al fornitore nell'unità di tempo considerata (di regola il triennio); l'incarico conferito ad hoc costituisce invece un contratto d'opera professionale, consistendo nella trattazione della singola controversia o questione, ed è sottoposto al regime di cui all'articolo 17 (contratti esclusi). L'IRCCS CROB, non avendo nel proprio assetto organizzativo l'Ufficio Legale, al fine di stabilire le modalità e i criteri per il conferimento di incarichi ad avvocati esterni, per resistere o promuovere liti per la tutela dei propri diritti, ragioni o interessi, con Deliberazione del DG n. 57 del 28/01/2019, ha adottato il *“Regolamento per l'istituzione e la gestione degli elenchi degli avvocati esterni ed il conferimento degli incarichi di patrocinio legale e di rappresentanza in giudizio”*, da ultimo integrato ed aggiornato con la Deliberazione n. 407 del 20/07/2022, consultabile al seguente link:

<https://www.crob.it/cercaregolamento/regolamento-per-listituzione-e-la-gestione-degli-elenchi-degli-avvocati-esterni-ed-il-conferimento-degli-incarichi-di-patrocinio-legale-e-di-rappresentanza-in-giudizio-delibera-n-57-del-28-01-201/>

Il regolamento disciplina:

✓ i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di patrocinio legale conferiti in relazione ad una specifica e già esistente lite per la difesa e la rappresentanza sia dei dipendenti e sia dell'Istituto;

✓ i criteri e le procedure per il conferimento dei servizi di assistenza e consulenza legale preparatori ad una attività di difesa in un procedimento di arbitrato, di conciliazione o giurisdizionale a condizione che vi sia un indizio concreto o una probabilità elevata che la questione su cui verte la consulenza divenga oggetto di procedimento e fermo restando la piena conoscenza o individuabilità del procedimento oggetto di consulenza. A puro titolo di esempio si indicano le seguenti fattispecie: ricevimento di atto di diffida o messa in mora, richiesta di accesso agli atti ai fini di tutela o qualsiasi altro atto da cui si evinca la potenziale attivazione di un procedimento giudiziale;

✓ le condizioni giuridiche ed economiche del relativo contratto di patrocinio legale.

I servizi legali di cui ai punti precedenti possono essere svolti solo da soggetti abilitati all'esercizio della professione di avvocato nello Stato membro di provenienza e che siano iscritti ad un albo circoscrizionale, se abilitati in Italia.

Il conferimento dell'incarico ad un legale esterno esita in un contratto d'opera professionale consistente nella trattazione della singola controversia o caso e disciplinato dagli articoli 2222 e seguenti del codice civile.

Sono stati istituiti due elenchi, uno per il patrocinio legale, l'altro per affidamenti di incarichi professionali; i predetti elenchi sono suddivisi nelle sezioni distinte per tipologia di contenzioso:

- Sezione A - CONTENZIOSO AMMINISTRATIVO Assistenza e patrocinio;
- Sezione B - CONTENZIOSO CIVILE Assistenza e patrocinio;
- Sezione C - CONTENZIOSO LAVORISTICO Assistenza e patrocinio;
- Sezione D - CONTENZIOSO PENALE Assistenza e patrocinio;
- Sezione E - CONTEZIOSO TRIBUTARIO E CONTABILE Assistenza e patrocinio.

L'iscrizione del professionista nell'elenco non determina per lo stesso alcun diritto in ordine ad eventuali conferimenti di incarichi.

La valutazione circa l'assenza di una posizione conflittuale rispetto al pubblico interesse perseguito dall'Istituto è effettuata:

- a) ex ante, al momento della presentazione della richiesta di patrocinio legale. Ai fini dell'accoglimento dell'istanza, viene valutata l'assenza del conflitto di interessi sulla base degli elementi di fatto emergenti a seguito di una prima sommaria istruttoria. Nell'individuazione ex ante del conflitto di interessi, l'Istituto tiene conto dei fatti in contestazione, che non devono risultare in posizione contrapposta rispetto all'interesse pubblico perseguito dallo stesso.
- b) ex post, all'esito del procedimento giudiziario. Potendo emergere, all'esito del procedimento, elementi di fatto e comportamenti addebitabili in sede disciplinare, l'Istituto procede ad una puntuale autonoma rivalutazione dei presupposti e delle circostanze d'interesse al fine di riconoscere o meno l'assunzione degli oneri legali.

L'affidamento dell'incarico avviene applicando, per quanto possibile e opportuno, il criterio della rotazione, onde evitare il cumulo degli incarichi tra i soggetti iscritti nell'Albo, tenuto conto della tipologia di incarico da affidare e sulla base dei seguenti criteri:

- la specializzazione e l'esperienza risultanti dal curriculum presentato;
- le esperienze eventualmente acquisite nelle singole materie, ovvero il possesso di eventuale titolo di specializzazione in una o più materie;
- i corsi di formazione frequentati, gli incarichi e/o collaborazioni con altri Enti Pubblici in analoghe materie; - l'evidente consequenzialità e complementarità con altri incarichi aventi lo stesso oggetto;
- il compenso richiesto per il possibile incarico, suddiviso per singole fasi o prestazioni.

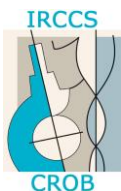
Non possono essere conferiti incarichi ad avvocati che si trovino in condizioni di conflitto di interessi e/o incompatibilità con l'Istituto come previste dall'ordinamento giuridico e dal codice deontologico forense (a titolo esemplificativo non può essere conferito un incarico contro un ex cliente dell'avvocato qualora non sia trascorso almeno un biennio dalla cessazione del rapporto professionale e l'oggetto del nuovo incarico sia estraneo a quello espletato in precedenza). In deroga al principio di rotazione è possibile conferire allo stesso professionista più incarichi nei casi di consequenzialità degli stessi derivante dai diversi gradi di giudizio in cui l'Istituto è chiamato a costituirsi o di complementarità con altri incarichi attinenti alla medesima materia oggetto dell'affidamento. L'IRCCS CROB si riserva la facoltà di individuare un professionista anche al di fuori dell'elenco generale, motivatamente ed in via eccezionale, nel caso in cui dovessero essere impugnati atti di rilevante importanza e relativi a questioni di massima complessità che richiedano prestazioni di altissima specializzazione. Nella circostanza potranno essere interpellati e/o conferiti incarichi a professionisti di chiara fama, studiosi della materia, docenti universitari. In tal caso, il provvedimento di conferimento dell'incarico dovrà essere adeguatamente motivato con riferimento alle ragioni della deroga.

Analisi del contesto interno al fine di individuare criticità e punti di forza nelle procedure di acquisto

Il procedimento è normato dal d.lgs. 50/2016 e s.m.i. e successive modificazioni ed integrazioni; gli acquisti di minor valore economico, rientranti nella fattispecie dei cc.dd. “acquisti in economia”, sono stati altresì appositamente regolamentati a livello interno con deliberazione del Direttore Generale nr. 621/2012. Si precisa che il comma 1 dell’art. 32 della L.R. n. 18/2013, come sostituito dal comma 2 del citato art. 10 della L.R. n. 26 del 18/8/2014 prevede che: “al fine di assicurare il contenimento delle spese e l’economicità della gestione è istituita la Stazione Unica Appaltante della Regione Basilicata per lavori, servizi e forniture di importo superiore a quelli previsti dalla normativa vigente per le acquisizioni in economi e che con deliberazione della Giunta Regionale del 3 settembre 2014, n. 1039 avente ad oggetto: L.R. n. 26 del 18/8/2014 “Modifiche e integrazioni alle LL.RR. n. 16/2012 e n. 18/2013 – Soggetto Aggregatore della Regione Basilicata” – Avvio della fase transitoria di cui al comma 5 dell’art. 10, con specifico riferimento agli enti ed alle aziende del Servizio Sanitario Regionale”. Pertanto, la procedura che di seguito si descrive è riferita a tutti i procedimenti di competenza. Le procedure di acquisto di beni, servizi e forniture sono gestite, di norma, dal U.O. Gestione tecnico patrimoniale ed approvvigionamenti. Una volta codificata l’esigenza di disporre di determinate tipologie di beni e servizi, i provvedimenti vengono proposti e condivisi con la Direzione Strategica, impostando procedure di volta in volta correlate alla tipologia dell’acquisto da effettuare e/o al suo valore, alternativamente nella modalità:

- della procedura aperta, con divulgazione degli atti di gara sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica e su quella dell’unione europea, sui quotidiani e sul sito web dell’Istituto;
- della procedura aperta, con divulgazione degli atti di gara sul sito web dell’Istituto;
- della procedura ristretta, con richiesta prioritaria ai fornitori presenti sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione laddove presente la tipologia di occorrenza;
- dell’acquisto diretto, laddove presente un unico, possibile canale di approvvigionamento.

Ciò, in tutti i casi in cui i beni/servizi da acquistare non sono presenti fra quelli disponibili in CONSIP, nel qual caso l’approvvigionamento avviene direttamente, ai prezzi di aggiudicazione della gara esperita da quest’ultima. Per le tipologie di beni/servizi ricompresi, invece, nelle Unioni Regionali di Acquisto, le procedure sono svolte in modo condiviso con le aziende regionali di volta in volta aderenti, anche mediante la preparazione comune delle gare, per mezzo di appositi tavoli tecnici. Una volta espletate le procedure di gara, i relativi atti costituiscono oggetto di approvazione con appositi provvedimenti dedicati – di natura dirigenziale e non – che ne dispongono l’aggiudicazione definitiva e vengono quindi pubblicati integralmente sul sito, oltre che secondo quanto prescritto dalla normativa per tempo vigente in materia. La procedura si conclude con la stipula del contratto – in forma scritta, ove richiesto in relazione al valore



e/o alla complessità dell'acquisto – e, quando si tratta di acquisti di carattere continuativo, la nomina di un responsabile della sua esecuzione, che condivide con i responsabili degli uffici competenti per l'acquisto i successivi e conseguenti procedimenti di spesa (vd flusso ricevimento e liquidazione fatture). L'organo giurisdizionale competente in materia è il Tribunale Amministrativo Regionale della Basilicata. Il procedimento è normato dal d.lgs. 50/2016 e s.m.i. e successive modificazioni ed integrazioni; gli acquisti di minor valore economico, rientranti nella fattispecie dei cc.dd. "acquisti in economia", sono stati altresì appositamente regolamentati a livello interno con deliberazione del Direttore Generale n. 621/2012. Si precisa che il comma 1 dell'art. 32 della L.R. n. 18/2013, come sostituito dal comma 2 del citato art. 10 della L.R. n. 26 del 18/8/2104 prevede che: "al fine di assicurare il contenimento delle spese e l'economicità della gestione è istituita la Stazione Unica Appaltante della Regione Basilicata per lavori, servizi e forniture di importo superiore a quelli previsti dalla normativa vigente per le acquisizioni in economi e che con deliberazione della Giunta Regionale del 3 settembre 2014, n. 1039 avente ad oggetto: L.R. n. 26 del 18/8/2014 "Modifiche e integrazioni alle LL.RR. n. 16/2012 e n. 18/2013 – Soggetto Aggregatore della Regione Basilicata" – Avvio della fase transitoria di cui al comma 5 dell'art. 10, con specifico riferimento agli enti ed alle aziende del Servizio Sanitario Regionale". Pertanto, la procedura che di seguito si descrive è riferita a tutti i procedimenti di competenza. Le procedure di acquisto di beni, servizi e forniture sono gestite, di norma, dal U.O. Gestione tecnico patrimoniale ed approvvigionamenti. Una volta codificata l'esigenza di disporre di determinate tipologie di beni e servizi, i provvedimenti vengono proposti e condivisi con la Direzione Strategica, impostando procedure di volta in volta correlate alla tipologia dell'acquisto da effettuare e/o al suo valore, alternativamente nella modalità:

- della procedura aperta, con divulgazione degli atti di gara sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica e su quella dell'unione europea, sui quotidiani e sul sito web dell'Istituto;
- della procedura aperta, con divulgazione degli atti di gara sul sito web dell'Istituto;
- della procedura ristretta, con richiesta prioritaria ai fornitori presenti sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione laddove presente la tipologia di occorrenza;
- dell'acquisto diretto, laddove presente un unico, possibile canale di approvvigionamento.

Ciò, in tutti i casi in cui i beni/servizi da acquistare non sono presenti fra quelli disponibili in CONSIP, nel qual caso l'approvvigionamento avviene direttamente, ai prezzi di aggiudicazione della gara esperita da quest'ultima. Per le tipologie di beni/servizi ricompresi, invece, nelle Unioni Regionali di Acquisto, le procedure sono svolte in modo condiviso con le aziende regionali di volta in volta aderenti, anche mediante la preparazione comune delle gare, per mezzo di appositi tavoli tecnici. Una volta espletate le procedure di gara, i relativi atti costituiscono oggetto di approvazione con appositi provvedimenti dedicati – di natura dirigenziale e non – che ne dispongono l'aggiudicazione definitiva e vengono quindi pubblicati

integralmente sul sito, oltre che secondo quanto prescritto dalla normativa per tempo vigente in materia. La procedura si conclude con la stipula del contratto – in forma scritta, ove richiesto in relazione al valore e/o alla complessità dell’acquisto – e, quando si tratta di acquisti di carattere continuativo, la nomina di un responsabile della sua esecuzione, che condivide con i responsabili degli uffici competenti per l’acquisto i successivi e conseguenti procedimenti di spesa (vd flusso ricevimento e liquidazione fatture). L’organo giurisdizionale competente in materia è il Tribunale Amministrativo Regionale della Basilicata.

Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da covid-19

Con comunicato del 29 luglio 2020 l’ANAC ha diffuso un modello elaborato, congiuntamente al Ministero dell’Economia e delle Finanze, per rendicontare le erogazioni liberali ricevute dalle amministrazioni a sostegno del contrasto all’emergenza da COVID-19 (art. 99 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18). In merito l’IRCCS- CROB aveva già provveduto ad adottare apposito atto di accettazione delle donazioni in denaro ricevute da privati e ditte, dando evidenza dell’elenco complessivo delle donazioni medesime e del riepilogo delle somme, GPD (Regolamento Europeo sulla privacy), in base al quale i dati devono essere, fra l’altro, “limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati” (art. 5, par. 1, lett. c), l’atto deliberativo medesimo e coinvolgendo le strutture aziendali interessate (Area Tecnica e Gestioni economiche e finanziarie) per la corretta redazione del modello proposto da ANAC, che in data 7 ottobre ha poi fornito ulteriori precisazioni per la corretta compilazione del rendiconto, con particolare riferimento alla tutela della riservatezza dei soggetti donanti.

Il ciclo degli acquisti dell’IRCCS CROB



Monitoraggio del processo di acquisto in azienda

Il processo di approvvigionamento di beni e servizi è estremamente esposto a fenomeni corruttivi (per natura e di carattere gestionale) che sono direttamente connessi e proporzionali a:

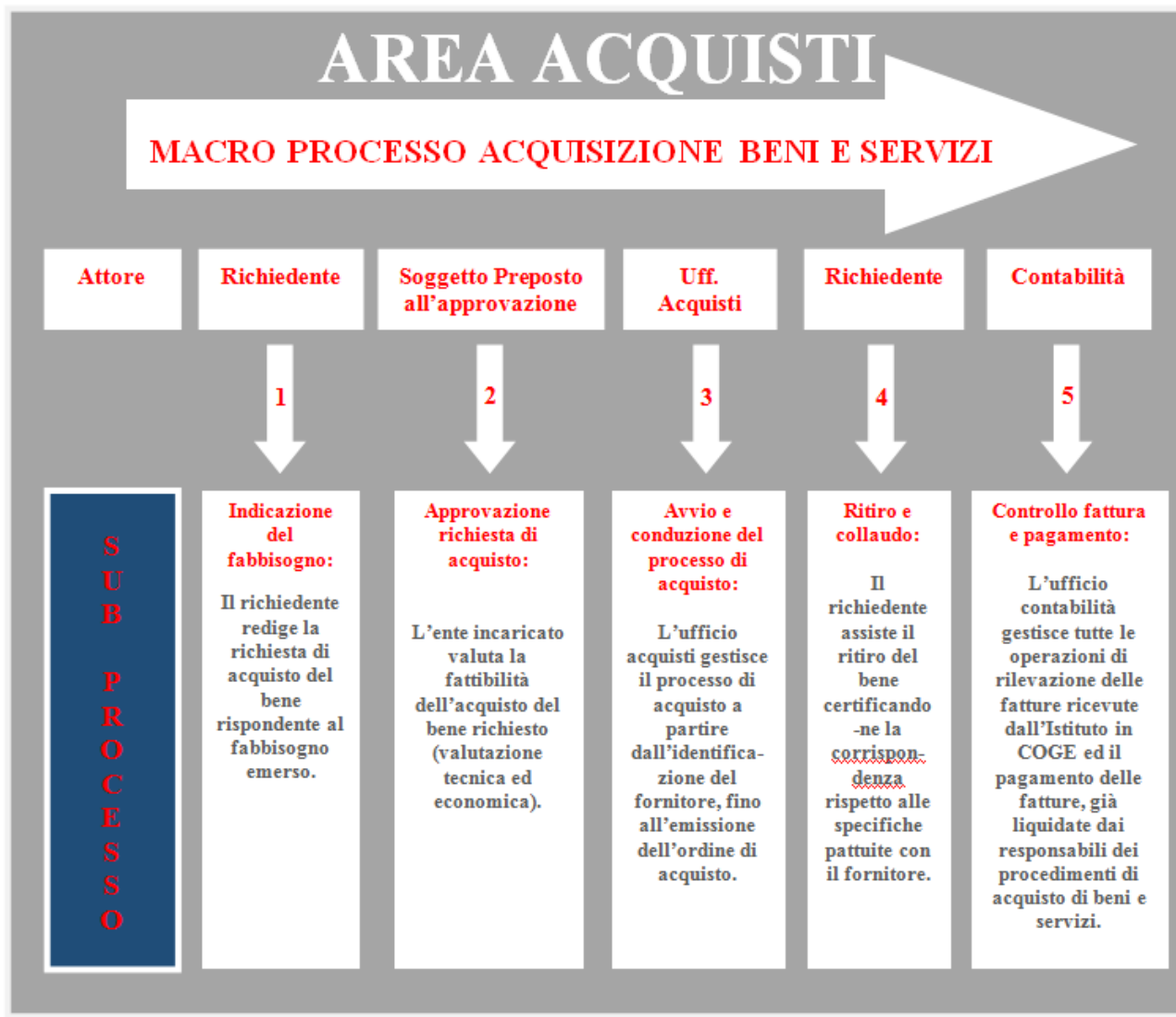
- Il volume ed il valore economico delle transazioni;
- Il numero dei soggetti coinvolti e la complessità organizzativa alla base di un processo di acquisto che nell'ambito del suo funzionamento prevede l'interazione delle seguenti figure:
 - a) Strutture richiedenti che manifestano un bisogno (UU.OO. Sanitarie o Tecniche);
 - b) Strutture responsabili di budget di spesa che autorizza un acquisto (Centri di spesa);
 - c) Strutture deputate alla selezione dei fornitori;
 - d) Strutture riceventi ed utilizzatrici dei beni e servizi, generalmente deputate alla verifica della conformità alle richieste effettuate ed agli accordi contrattuali;
 - e) Strutture dedicate alla ricezione e gestione delle fatture ed al loro pagamento.

Nell'ambito della complessità organizzativa di un processo di approvvigionamento, che unisce al valore economico delle transazioni una serie di rischi anche connessi a comportamenti non etici, risulta indispensabile scomporre l'intero processo in più fasi e sottofasi, in modo tale da costruire un sistema di monitoraggio che parte dall'individuazione dei singoli rischi tipici di un processo di approvvigionamento.

I rischi tipici di un processo di approvvigionamento sono riconducibili a:

- Rischi di conformità, tipicamente connessi a:
 - ✓ Richieste non coerenti ai fabbisogni;
 - ✓ Forniture non coerenti alle richieste ed agli accordi contrattuali;
- Rischi di compliance alle normative interne ed esterne che regolano gli acquisti di beni e servizi, con particolare alle disposizioni del codice degli appalti;
- Rischi di delega, riconducibili ad acquisti effettuati da soggetti non autorizzati;
- Rischi di frode, riconducibili anche a fenomeni corruttivi (per natura) da parte delle funzioni più coinvolte con soggetti esterni (fornitori) in particolare nelle fasi di selezione del fornitore e liquidazione delle prestazioni.

L'IRCCS CROB, nel valutare la scomposizione di macro-processi di acquisto di beni e servizi in più sotto-processi ha adottato il seguente schema:



Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni

Con la Determinazione n. 1007 dell'11 ottobre 2017, l'ANAC ha aggiornato il testo delle linee guida n. 3, recanti "Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni", approvate dal Consiglio dell'Autorità con deliberazione n. 1096 del 26 ottobre 2016. Il D.lgs. 56/2017 ha ampliato l'ambito oggettivo delle Linee guida, prevedendo che le stesse disciplinino, altresì, i presupposti e le modalità di nomina. All'esito della modifica introdotta, è stata eliminata la distinzione tra disposizioni delle Linee guida aventi natura vincolante e previsioni non vincolanti e, pertanto, tutte le disposizioni contenute nel documento in esame, assumono natura vincolante. La mancata aderenza alle

“linee guida attuative del nuovo codice degli appalti”, emanate dall’ANAC, costituisce il maggior rischio che si verifichino eventi corruttivi nell’ambito della nomina dei RUP e i relativi compiti che devono assolvere. A tal proposito, l’IRCCS CROB, ha previsto le seguenti azioni:

- **formazione del personale;**
- **verifica a campione della nomina dei RUP e dei criteri di scelta nell’affidamento di appalti e concessioni di lavori;**

Patti di integrità

L’art. 1, comma 17 della Legge 6 novembre 2012, n. 190, ha previsto che *“le stazioni appaltanti possano prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara”*. Per *“Patto di integrità”* si intende un accordo avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l’esplicito impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente, tramite intermediari, al fine dell’assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Con la sottoscrizione del Patto d’integrità, al momento della presentazione dell’offerta, l’impresa concorrente accetta regole del bando che rafforzano comportamenti già doverosi e che prevedono, in caso di violazione degli stessi, sanzioni di carattere patrimoniale quali l’incameramento della cauzione, oltre alla estromissione dalla stessa gara. L’ IRCCS CROB, al fine di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti che partecipano a qualunque procedura ad evidenza pubblica per l’affidamento di lavori, beni e servizi, ha adottato con deliberazione del D.G. n. 100 del 22 febbraio 2017 uno schema di *“Patto di integrità”* che ciascun partecipante alle procedure di bandi di gara o lettere di invito, provvederà a sottoscrivere e a presentare congiuntamente all’offerta e che l’espressa accettazione dello stesso costituisca condizione di ammissione alla procedura di affidamento; tale condizione deve essere espressamente prevista nei bandi di gara, negli avvisi e nelle lettere d’invito.

Lo schema tipo di Patto di Integrità è di seguito riportato:

SCHEMA PATTO DI INTEGRITÀ

PATTO DI INTEGRITÀ

alla procedura n

tra

l'IRCCS CROB

e

la Ditta,
sede legale in, vian.....
codice fiscale/P.IVA, rappresentata da
..... in qualità di

Il presente documento deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara in oggetto. La mancata consegna del presente documento debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione automatica dalla gara.

VISTO

- La legge 6 novembre 2012 n. 190, art. 1, comma 17 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) emanato dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT) approvato con delibera n. 72/2013, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C) 2015-2017 dell'IRCCS CROB, adottato con Deliberazione n. 53 del 30.01.2015
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici",

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione della Società che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- a segnalare alla stazione appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordata e non si accorderà con altri partecipanti alla gara;
- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;
- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuta a conoscenza per quanto attiene l'attività di cui all'oggetto della gara in causa.

Articolo 2

La società, sin d'ora, accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dall'Amministrazione, potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- risoluzione del contratto;
- escussione della cauzione definitiva di buona esecuzione del contratto.

Articolo 3

Il contenuto del Patto di integrità e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto. Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

Articolo 4

Il presente Patto deve essere obbligatoriamente sottoscritto in calce ed in ogni sua pagina, dal legale rappresentante della società partecipante ovvero, in caso di consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, dal rappresentante degli stessi e deve essere presentato unitamente all'offerta. La mancata consegna di tale Patto debitamente sottoscritto comporterà l'esclusione dalla gara.

Articolo 5

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la stazione appaltante ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Luogo e data

Per la società:

(Il legale rappresentante)

(Firma leggibile)

Avalimento

L'avalimento consiste nella possibilità, riconosciuta ai sensi dell'**art. 89 del Codice appalti** a qualunque operatore economico, singolo o in raggruppamento, di soddisfare la richiesta relativa al possesso dei requisiti necessari per partecipare ad una procedura di gara, facendo **affidamento sulle capacità di altri soggetti** e ciò indipendentemente dai legami sussistenti con questi ultimi. L'ANAC si concentra sui requisiti previsti per la **validità dell'avalimento**, e in particolare del **contratto di avalimento**, allo scopo di prevenire i c.d. "avalifici" e gli avalimenti solo formali: a tale scopo viene chiesto che il contratto di avalimento sia specifico e non generico. L'IRCCS CROB, al fine di evitare l'utilizzo dell'istituto dell'avalimento con finalità esclusive delle disposizioni normative vigenti, verifica l'effettiva:

- l'esistenza dei contratti di avalimento nei documenti di progetto;
- ove previsto, il contratto di avalimento deve contenere a pena di nullità, specificazione non solo dei requisiti forniti ma anche delle risorse messe a disposizione dall'impresa ausiliaria;

- il RUP ha l'obbligo di accertare che il titolare del contratto e dell'impresa ausiliaria utilizzi effettivamente le risorse messe a disposizione dall'impresa ausiliaria nel corso dell'esecuzione, il RUP ha anche l'obbligo di trasmettere all'ANAC le dichiarazioni di avalimento (art. 89 comma 9 D.LGS 50/2016).

Varianti in corso d'opera

Con il D. Lgs. n. 50 del 2016 è stato introdotto uno specifico articolo, il 106, denominato *“Modifica dei contratti durante il periodo di efficacia”* e ciò a prescindere dalla circostanza che quest'ultima sia stata o meno determinata da una circostanza **“sopravvenuta”, “imprevista ed imprevedibile”** al momento dell'affidamento del contratto. Ciò, tuttavia, a condizione che il valore della variante sia al di sotto di entrambi i seguenti valori:

- a) le soglie fissate all'articolo 35 (ossia, quelle di rilevanza comunitaria);
- b) il 10 per cento del valore iniziale del contratto per i contratti di servizi e forniture, ovvero il 15 per cento del valore iniziale per i contratti di lavori.

La stessa norma poi, in relazione alla medesima tipologia di varianti, pone ulteriori limiti *“quantitativi”* alle successive varianti. In tali casi, il valore è accertato sulla base del valore **“complessivo netto delle successive modifiche”**. Trattasi di un criterio diverso rispetto a quello previsto nel caso di variante adottata ai sensi del comma 1 dell'art. 106. A tale ultimo riguardo, si rileva che il comma 7 del medesimo art. 106 precisa che una variante contrattuale determinata da circostanza *“sopravvenute”, impreviste ed imprevedibili* (comma 1, lettere c), il valore di tale variante (*rectius*, *“modifica”* contrattuale) è ammessa se il relativo prezzo non eccede il 50 per cento *“del valore del contratto iniziale”*. Ed ancora e sempre la medesima norma prevede che in caso di modifiche successive, *“tale limitazione si applica al valore di ciascuna modifica”*. Dunque, relativamente alle varianti di cui al comma 1, il parametro di riferimento entro il quale sono ammesse successive modifiche-varianti è una percentuale (50 per cento) del valore del contratto iniziale. Viceversa, come sopra ricordato, nel caso delle varianti di cui comma 2, le modifiche successive sono ammesse nei limiti del valore complessivo *“netto”* delle modifiche medesime. Così, ad esempio, prendendo come ipotesi un contratto di lavori da un milione di euro, la variante adottata sulla base di quanto previsto al comma 2 dell'art. 106, potrà essere al massimo di 150.000 euro. La eventuale successiva modifica potrà essere al massimo pari al 15 per cento di 150.000. E così per le ulteriori successive modifiche (sempre apportando il valore massimo alla somma complessiva *“netta”* delle modifiche in questione). In ultimo si rileva che entrambe le ipotesi di variante hanno in comune le regole secondo la quale la modifica non deve alterare la **natura generale del contratto**. La norma non chiarisce in quali casi una variante altera la natura generale del contratto. Sul punto soccorre la giurisprudenza, la quale ha affermato che l'evenienza di una *“variante*

sostanziale” – come tale destinata ad alterare la natura del contratto - non va legata ai singoli aspetti tecnici delle modifiche progettuali apportate, bensì agli effetti che tali variazioni avrebbero potuto avere, se già presenti o comunque note, sulle offerte fatte dagli altri concorrenti che al tempo hanno partecipato alla gara d’appalto. Ciò in quanto vanno salvaguardati i principi di concorrenza e parità di condizioni che altrimenti risulterebbero lesi dal mutamento sostanziale, per importo o entità, del progetto dell’opera posto a base della gara ad evidenza pubblica (*ex multis*, TAR Campania, sez. I 27 marzo 2002, n. 1654; negli stessi termini, ANAC deliberazione n. 103 del 5 dicembre 2012).

Tornando ai limiti entro i quali è ammessa una variante in corso d’opera, si osserva che sebbene prevista espressamente solo per le ipotesi di variante di cui al comma 1 dell’art. 106, deve ritenersi che la regola secondo la quale le successive modifiche non sono intese ad aggirare il Codice, poiché costituisce un principio di carattere generale, trova applicazione anche per le ipotesi di variante introdotta con la novella del 2017.

Infine, l’ultima parte del comma 2 – come modificato dalla novella del 2017 – ribadisce quanto era già previsto del Codice del 2016, ossia che in caso di variante determinata da errori od omissioni del progetto esecutivo che pregiudicano in tutto od in parte la realizzazione dell’opera o la sua utilizzazione, la variante è consentita nei limiti quantitativi previsti dal medesimo comma 2 dell’art. 106 in commento. Gli atti di approvazione delle varianti devono essere pubblicati sul sito aziendale a cura del RUP. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall’Istituto sono dettagliate nell’allegato n. 2 “Misure di Prevenzione della corruzione”.

Progettazione lavori (affidamenti esterni)

Il Nuovo codice appalti, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, che sostituisce il precedente d.lgs. 163/2006 modifica e integra anche le precedenti prescrizioni in materia di **affidamento degli incarichi di progettazione (e relative soglie) per i servizi di architettura e ingegneria**. Gli interventi di maggior rilievo riguardano, soprattutto, i criteri di scelta dei soggetti che dovranno svolgere gli incarichi.

Per servizi di ingegneria e architettura si intendono: incarichi di progettazione, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione e esecuzione, direzione dei lavori e collaudo.

Per quanto riguarda le **soglie di rilevanza comunitaria**, definite per tutti i settori dall’articolo 35 del [Nuovo codice appalti](#), non intervengono modifiche sostanziali nemmeno in questo ambito dei servizi tecnici per i quali principalmente gli articoli 95 e 157 individuano il nuovo quadro normativo di questa tipologia prevedendo **tre situazioni principali**:

incarichi per importi inferiori ai 40.000,00 euro (esclusa IVA);

- incarichi per importi pari o superiori ai 40.000,00 euro e inferiori ai 100.000,00 euro (esclusa IVA);
- incarichi per importi pari o superiori ai 100.000,00 euro (esclusa IVA).

Per l'affidamento di servizi con procedure semplificate si arriva fino ai 100.000,00 euro che costituiscono il limite della soglia comunitaria oltre la quale le modalità di svolgimento della gara prevedono procedure e pubblicità finalizzate all'apertura sovranazionale richiesta in questi casi. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Affidamenti mediante procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara

Secondo quanto precisato dall'ANAC, nelle Linee guida per il ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando: *nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili (...) il legislatore, comunitario e nazionale, ha previsto deroghe alla regola della selezione attraverso una gara pubblica, considerato che l'esito di questa risulterebbe scontato, esistendo un unico operatore economico in grado di aggiudicarsela e, conseguentemente, l'indizione di una procedura ad evidenza pubblica determinerebbe uno spreco di tempo e di risorse.* Naturalmente, trattandosi di una deroga alla regola della gara pubblica, occorre che l'infungibilità sia debitamente accertata e motivata nella delibera o determina a contrarre dell'amministrazione, nel pieno rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, ovvero dei principi di concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza e proporzionalità. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Lavori caratterizzati da lunghi periodi di sospensione

Quando nel corso dei lavori si manifestano fatti che ne impediscono l'esecuzione, l'amministrazione dispone con verbale la sospensione dei lavori, il cui effetto è quello di sospendere il termine contrattuale di compimento dell'opera, il quale comincia nuovamente a decorrere dalla data della ripresa dei lavori. Vi sono vari tipi di sospensione dei lavori classificabili in relazione alla causa che ne sta alla base. Sotto tale aspetto, le sospensioni si distinguono in: a) sospensioni legittime per cause di forza maggiore; b) sospensioni originariamente legittime che diventano illegittime; c) sospensioni legittime per ragioni di pubblico interesse; d) sospensioni illegittime. L'IRCCS CROB, al fine di ridurre il rischio di vizi di legittimità nelle sospensioni dei lavori, ha previsto, quale misura volta a ridurre il rischio, la Pubblicazione sul sito internet delle sospensioni di lavori la cui durata è superiore ad $\frac{1}{4}$ del tempo contrattuale, specificando i dettagli delle motivazioni e la durata. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Riserve, accordi bonari, transazioni

I lavori pubblici possono essere oggetto di modifiche in corso di esecuzione, a seguito delle quali l'imprenditore può iscrivere le proprie **riserve** nei documenti contabili. È compito del direttore dei lavori segnalare tali riserve al RUP, che può avviare procedura di **accordo bonario** qualora ne sussistano le condizioni. Con il termine **riserva** si intende l'atto formale di contestazione di un documento firmato dall'impresa. La firma con "riserva" apposta sul documento è finalizzata a contestarne il contenuto e quindi evitare che la semplice firma possa essere interpretata quale implicita **rinuncia ad eventuali diritti o pretese**. Più semplicemente quando si parla di riserva ci si riferisce a domande, contestazioni e reclami che riguardano l'esecuzione del contratto di appalto. Di norma le riserve devono essere apposte dall'appaltatore sul registro di contabilità all'atto della sua sottoscrizione. Le riserve iscritte devono poi essere confermate sul conto finale che, se sottoscritto senza riserve, si intende invece pienamente accettato. L'accordo bonario secondo il nuovo Codice appalti può essere schematizzato in 7 punti.

Attivazione accordo bonario

Secondo l'art. 205 comma 1 se a seguito dell'iscrizione di riserve nei documenti contabili, l'importo economico dell'opera varia tra il 5% ed il 15% dell'importo contrattuale, è possibile attivare la procedura di accordo bonario. È possibile reiterare il procedimento di iscrizione di ulteriori riserve diverse rispetto a quelle già esaminate, nel limite massimo complessivo del 15 % dell'importo del contratto. Non possono essere oggetto di riserva gli aspetti progettuali che sono stati oggetto di verifica. Il RUP deve attivare l'accordo bonario per la risoluzione delle riserve iscritte prima dell'approvazione del certificato di collaudo, ovvero del certificato di verifica di conformità o del certificato di regolare esecuzione (art. 205 comma 2).

Comunicazione del direttore dei lavori

Il direttore dei lavori comunica al RUP le riserve, trasmettendo nel più breve tempo possibile una propria relazione riservata (art. 205 comma 3).

Valutazioni preliminari del RUP

Il RUP effettua una serie di valutazioni relativamente alle riserve iscritte. In particolare, come previsto dall'art. 205 comma 4, valuta l'ammissibilità e la non manifesta infondatezza delle riserve ai fini dell'effettivo raggiungimento del limite di valore fissato tra il 5% e 15%.

Lista degli esperti, se necessario

Il RUP entro 15 giorni dalla comunicazione del direttore dei lavori può richiedere alla Camera arbitrale l'indicazione di una lista di 5 esperti aventi competenza specifica in relazione all'oggetto del contratto (art. 205 comma 5).

Formulazione della proposta di accordo

Il RUP e il soggetto che ha formulato le riserve scelgono d'intesa, nell'ambito dell'apposita lista, l'esperto incaricato della formulazione della proposta motivata di accordo bonario. In caso di mancata intesa, entro 15 giorni dalla trasmissione della lista, la Camera arbitrale può nominare un esperto che ne fissa anche il compenso. La proposta formulata dall'esperto o dal RUP (in assenza dell'esperto) viene fatta entro 90 giorni dalla nomina o dalla comunicazione del direttore dei lavori al RUP (art. 205 comma 5).

Trasmissione della proposta di accordo

L'esperto (qualora nominato) o il RUP, dopo aver verificato le riserve in contraddittorio con il soggetto che le ha formulate e aver analizzato la situazione nel dettaglio, una volta verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, avanza una **proposta di accordo bonario**, che viene trasmessa al dirigente competente della stazione appaltante e al soggetto che ha formulato le riserve (art. 205 comma 6).

Conclusione accordo

Se la proposta è accettata dalle parti, entro 45 giorni dal suo ricevimento, l'accordo bonario è concluso e viene redatto verbale sottoscritto dalle parti. L'accordo ha natura di transazione (art. 205 comma 6). Le disposizioni di cui all'articolo 205 si applicano, in quanto compatibili, anche ai contratti di fornitura e servizi, qualora insorgano controversie in fase esecutiva degli stessi circa l'esatta esecuzione delle prestazioni dovute. (art. 206 comma 1). Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Sub appalti

In via di principio tutte le lavorazioni sono subappaltabili od affidabili in cottimo. Vi sono tuttavia delle condizioni e dei limiti per esercitare la facoltà di avvalersi del subappalto. Presupposto per l'affidamento in subappalto è la cd. indicazione di subappalto che l'impresa deve presentare unitamente all'offerta ovvero alla sottoscrizione dell'atto aggiuntivo nel caso di variante. La dichiarazione deve indicare a quali lavorazioni

la stessa si riferisce. In ogni caso l'appaltatore principale rimane l'unico responsabile nei confronti della S.A. per l'esecuzione dei lavori affidati in subappalto.

Condizioni e limiti

- Indicazione in sede di offerta dei lavori o le parti di opera ovvero i servizi e le forniture o loro parti che s'intendono subappaltare o concedere in cottimo;
- Richiesta alla SA di autorizzazione al subappalto, a prescindere dall'importo del contratto di subappalto;
- Dopo 30 gg. dalla presentazione della richiesta di autorizzazione (15 gg. nel caso dei cd. micro-subappalti) si forma il silenzio assenso;
- Il contratto d'appalto, se stipulato prima del rilascio dell'autorizzazione, è opportuno sia sospensivamente condizionato al rilascio dell'autorizzazione;
- Va richiesta una nuova autorizzazione integrativa se l'oggetto del subappalto, il relativo importo o la qualificazione del subappaltatore subiscono variazioni.
- Il subappaltante deve depositare almeno 20 gg. prima dell'inizio dei lavori il contratto di subappalto;
- Al momento del deposito il subappaltante trasmette la certificazione delle qualificazioni richieste per il subappaltatore in riferimento all'oggetto del subappalto e la dichiarazione di quest'ultimo circa l'assenza dei motivi di esclusione dalle gare;
- Il ribasso offerto dal subappaltatore non può superare il 20% rispetto all'importo di aggiudicazione del contratto principale. I costi della sicurezza e della manodopera relativi al subappalto vanno pagati al subappaltatore senza alcun ribasso;
- Il nominativo del subappaltatore va inserito nel cartello di cantiere;
- Divieto del subappalto «a cascata» (subappalto di subappalto) senza eccezioni.

Subappalto e sub-contratto

Si definisce sub-contratto ogni contratto stipulato per l'esecuzione dell'appalto ma che non consiste necessariamente nell'esecuzione di una parte del lavoro oggetto dell'appalto (subappalto). Ogni subappalto è quindi un sub-contratto ma non ogni subcontratto è un subappalto, come nel caso dei trasporti, dei noli, degli acquisti e delle forniture. Tuttavia, i sub-contratti che implicano l'utilizzo di manodopera nel cantiere assumo una rilevanza nell'ambito dell'esecuzione di un lavoro pubblico pur non essendo, di per sé, dei subappalti. In presenza di determinate condizioni questi sub-contratti implicanti l'uso di manodopera vengono normalmente definiti come contratti assimilati in quanto vengono considerati come subappalti,

con l'applicazione agli stessi delle regole proprie del subappalto. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n. 2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Project financing e il partenariato pubblico privato

Il project financing e il Partenariato Pubblico Privato (PPP). Con questa ultima espressione ci si riferisce, in generale, alle diverse forme di cooperazione tra settore pubblico e settore privato per determinare un'integrazione delle rispettive competenze e risorse, al fine di garantire il finanziamento, la costruzione, la manutenzione ecc. di un'infrastruttura o di un servizio. Nel corso dell'ultimo decennio il fenomeno del PPP si è sviluppato in moltissimi settori, a causa delle restrizioni di bilancio, della volontà di beneficiare del know-how del settore privato e della modifica del ruolo dell'Ente pubblico da operatore ed organizzatore a regolatore e controllore. Il D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 dedica al project financing gli artt. 183 ss., prevedendo *"le amministrazioni aggiudicatrici possono, in alternativa all'affidamento mediante concessione ai sensi della parte III, affidare una concessione ponendo a base di gara il progetto di fattibilità, mediante pubblicazione di un bando finalizzato alla presentazione di offerte che contemplino l'utilizzo di risorse totalmente o parzialmente a carico dei soggetti proponenti"*. Dal tenore testuale della disposizione si comprende chiaramente come, nel nostro ordinamento, il project financing rappresenti una particolare modalità di affidamento di una concessione, alternativa a quella generale di cui agli artt. 164 ss. del nuovo codice. Inoltre, il citato comma 1 dell'art. 183 contiene una prima e rilevante novità, correlata alle modifiche che il nuovo codice ha apportato in tema di livelli di progettazione. Una volta pubblicato il bando con allegato lo studio di fattibilità, le offerte dei partecipanti alla gara avrebbero dovuto contenere il progetto preliminare dell'opera: di conseguenza, all'operatore privato erano affidati tutti i livelli della progettazione (preliminare, definitiva ed esecutiva). Sul punto, il nuovo codice degli appalti ha profondamente riformato le norme sulla progettazione. In particolare, l'art. 23 del D.lgs. 50/2016 elimina, innanzitutto, lo studio di fattibilità come presupposto dell'inserimento negli strumenti di programmazione. Inoltre, nel nuovo codice, i livelli di progettazione risultano modificati, tenuto conto che la progettazione preliminare viene sostituita dalla progettazione di fattibilità tecnica ed economica. D'altra parte, è proprio il progetto di fattibilità a costituire, oggi, il livello minimo per l'inserimento delle opere all'interno degli strumenti di programmazione. Tornando al project financing, quanto detto aiuta, dunque, a comprendere che, nella nuova disciplina, punto di partenza della procedura è il progetto di fattibilità che la stazione appaltante pone a base di gara, essendo ora demandate all'aggiudicatario solo la progettazione definitiva e quella esecutiva. Per il momento non sono attive iniziative di Project Financing e partenariato pubblico privato.

Vigilanza sul sistema di qualificazione

La disciplina relativa al sistema unico di qualificazione delle imprese partecipanti alle gare d'appalto rientra nella competenza legislativa statale attesa la necessità di garantire la parità di trattamento agli operatori del settore a tutela della concorrenza (Corte cost., 22 maggio 2009, n. 160). La qualificazione è obbligatoria per l'esecuzione di lavori pubblici d'importo superiore ad euro 150.000,00, ed il sistema unico di qualificazione è articolato in rapporto alle tipologie e all'importo dei lavori oggetto di affidamento. Le verifiche sui requisiti di qualificazione sono rimesse ad organismi di diritto privato di attestazione (cd. SOA) appositamente autorizzati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione che esercita la vigilanza sul sistema di qualificazione (art. 84, d.lgs. n. 50 del 2016). In ragione dello svolgimento di funzioni pubblicistiche, è imposto alle SOA il rispetto del principio di indipendenza non solo con riferimento all'attività di attestazione, che deve essere esercitata garantendo l'assenza di qualunque interesse commerciale o finanziario che possa determinare comportamenti non imparziali o discriminatori, ma anche nella stessa composizione e struttura organizzativa della SOA. L'attestazione rilasciata dalle SOA ha durata quinquennale (con verifica triennale). Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n. 2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Fornitura di beni e servizi, affidamenti in deroga alle procedure ordinarie, proroghe e rinnovi di contratti

L'uso improprio delle proroghe può assumere profili di illegittimità e di danno erariale, allorquando le amministrazioni interessate non dimostrino di aver attivato tutti quegli strumenti organizzativi/amministrativi necessari ad evitare il generale e tassativo divieto di proroga dei contratti in corso e le correlate distorsioni del mercato". È quanto perentoriamente affermato dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) nel comunicato, a firma esclusiva del presidente, del 4 novembre 2015. L'IRCCS CROB, al fine di superare le disfunzioni che potrebbero nascere dal ricorso all'utilizzo di proroghe e deroghe ai contratti, si pone come obiettivo quello di procedere ad una corretta programmazione delle acquisizioni di beni e servizi e delle attività di gara, dirette ad assicurare il regolare e tempestivo avvicendamento degli affidatari. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Affidamenti diretti sulla base di valutazioni di esclusiva

Il nuovo codice degli appalti ha interamente riformulato (e riscritto) i procedimenti contrattuali in ambito ultra-sottosoglia comunitaria introducendo un sistema di procedure negoziate "semplificate" in sostituzione delle pregresse dinamiche negoziali relative, in particolare, alla fattispecie delle acquisizioni in

economia. Tra le procedure negoziate “semplificate”, particolare rilievo riveste l’affidamento nell’ambito dei 40 mila euro di lavori, servizi e forniture. Come anticipato, e come notissimo, l’articolo 36, comma 2, lett. a) del nuovo codice consente, per importi inferiori ai 40 mila euro, l’affidamento diretto “adeguatamente motivato”. Nell’affidamento (così come nell’esecuzione) il RUP è tenuto a strutturare una procedura amministrativa rispettosa dei “principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza (...) libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, nonché di pubblicità” (ai sensi dell’articolo 30, comma 1 del codice). In certi casi, “il principio di economicità può essere subordinato, nei limiti in cui è espressamente consentito dalle norme vigenti e dal presente codice, ai criteri, previsti nel bando, ispirati a esigenze sociali, nonché alla tutela della salute, dell’ambiente, del patrimonio culturale e alla promozione dello sviluppo sostenibile, anche dal punto di vista energetico” (sempre ai sensi dell’articolo 30, comma 1 del codice). Inoltre, l’affidamento deve avvenire “nel rispetto del principio di rotazione e in modo da assicurare l’effettiva possibilità di partecipazione delle microimprese, piccole e medie imprese” (ai sensi del comma 1, dell’articolo 36 del codice). Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall’Istituto sono dettagliate nell’allegato n.2 “Misure di Prevenzione della corruzione”.

Attività libero professionale

Per attività libero-professionale intramuraria si intende l’attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individuale e in équipe, esercita fuori dell’orario di lavoro, nelle strutture dell’Istituto, in favore e su libera scelta dell’assistito pagante in proprio ad integrazione e supporto dell’attività istituzionale dovuta. Tale attività può essere autorizzata a condizione che:

- ✓ non comporti un incremento delle liste di attesa per l’attività istituzionale;
- ✓ non contrasti o pregiudichi i fini istituzionali del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ non contrasti o pregiudichi gli obiettivi aziendali;
- ✓ non comporti per ciascun dipendente una produttività superiore a quella assicurata per l’attività istituzionale, ovvero un impegno orario superiore al 50% di quello di servizio.

L'ufficio svolge attività di supporto tecnico a tutti gli attori coinvolti nelle procedure di programmazione, gestione, verifica e controllo: Direzione Generale, Collegio di Direzione, Commissione Paritetica di Garanzia, organismi di verifica, professionisti richiedenti Alpi. L'ufficio assume ogni iniziativa per la corretta "gestione" in via generale di ogni procedura inerente l'ALPI compresi l'istituzione e l'aggiornamento degli elenchi del personale in rapporto all'opzione effettuata per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria. Effettua verifiche di rispondenza dell'esercizio ALPI così come disciplinata dal presente regolamento e in particolare:

- sul monitoraggio dello stato di consistenza e delle variazioni delle liste di attesa in seguito all'attivazione dell'ALPI;
- sull'entità delle prestazioni rese in regime di ALPI rispetto a quelle rese in regime istituzionale;
- sulla registrazione dell'attività, sia per finalità medico legali ed assicurative, sia ai fini di controllo di gestione e contabile, ferme restando le vigenti disposizioni di garanzia del rispetto della privacy;
- sulla rilevazione dell'orario di lavoro istituzionale ed in ALPI effettuato per il tramite di sistemi oggettivi, per tutti i dirigenti e per il personale di supporto;
- sulla registrazione e documentazione delle riscossioni effettuate dalle casse ticket;
- sull'elenco del personale di supporto eventualmente utilizzato e del relativo orario.

Nell'Istituto l'ALPI è regolamentata dalla Deliberazione del DG n.535 del 12/09/2017. Nelle more dell'attivazione dell'ufficio ALPI, così come previsto dal Regolamento aziendale, le verifiche e i controlli della corretta esecuzione delle prestazioni ALPI nonché dei volumi di attività e dei compensi spettanti sono affidati alla Direzione Sanitaria aziendale.

Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n.2 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Gestione delle liste di attesa

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA.

Criteri di formazione delle liste di attesa dell'IRCCS CROB

Per quanto riguarda le *prestazioni ambulatoriali e di diagnostica* i criteri di formazione delle liste di attesa seguono le indicazioni regionali che prevedono la gestione di agende in base alle seguenti classi:

- RAO B: prestazioni da effettuarsi entro un periodo breve: 10 giorni;
- RAO D: prestazioni che possono essere differite: 30 giorni per prime visite ambulatoriali, 60 giorni per accertamenti diagnostici;

- RAO P: prestazioni programmate.

L'ordine di effettivo accesso alle prestazioni è determinato nell'ambito del livello di priorità clinica, dall'ordine cronologico di presentazione della prenotazione in base alle risorse disponibili. L'ordine cronologico di presentazione della richiesta è un requisito considerato in ciascun ordine di priorità. Il monitoraggio in tempo reale dei tempi di attesa per l'accesso alle prime visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali e diagnostiche rilevato tramite il sistema CUP è pubblicato sul sito Internet aziendale nella sezione trasparenza e nella sezione tempi di attesa. Il suddetto monitoraggio è comprensivo anche delle prestazioni rese in ALPI.

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

A seguito del decesso in ospedale, dopo essere stata accertata la morte clinica, si procede al trasporto della salma in obitorio. Il servizio che presiede al trasporto delle salme dall'Istituto all'obitorio, al fine di evitare il verificarsi di possibili situazioni corruttive è stato esternalizzato a mezzo di regolare gara d'appalto che ha come oggetto, tra le varie attività di pulizia, disinfezione etc....., anche il **servizio di trasporto e custodia salme**. Il servizio è attivato a chiamata ogni qualvolta si verifica un decesso. La salma viene trasportata presso l'obitorio con mezzo di proprietà della ditta, la quale garantisce la custodia per il tempo di stazionamento della salma e comunque per un periodo compreso dalle ore 8,00 alle ore 20,00. Il personale impiegato possiede l'autorizzazione prescritta al servizio di necropsia. La verifica del servizio è effettuata costantemente dalla Direzione Sanitaria che si avvale dei responsabili delle UU.OO. i quali attraverso la compilazione delle schede di verifica messe a disposizione dalla ditta aggiudicataria e redatte secondo il modello allegato al contratto all'appalto, provvedono a monitorare il corretto svolgimento del servizio. Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n. 1 "Misure di Prevenzione della corruzione". Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n. 1 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie

L'assistenza farmaceutica ospedaliera garantisce il controllo, la realizzazione e l'appropriatezza dei processi di scelta ed utilizzo dei beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, diagnostici, reagenti, consumabili, etc...) ed opera anche attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni. È rivolta a tutti i pazienti in ricovero ordinario e day hospital e ai pazienti ambulatoriali. Obiettivi primari sono l'appropriatezza e la razionalizzazione di impiego dei beni gestiti anche attraverso metodiche di HTA, il governo della spesa sanitaria e l'adozione di sistemi per la prevenzione del rischio negli errori di terapia connesso all'uso dei

farmaci. Al fine di garantire la continuità assistenziale tra azienda e territorio vengono erogati attraverso la Farmacia Ospedaliera o tramite le strutture sanitarie alcune tipologie di farmaci in Distribuzione Diretta agli assistiti nonché, per alcuni reparti e limitatamente ai principi attivi individuati, il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione. L'aspetto caratteristico del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione o smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi.

I procedimenti e le attività individuate dall'istituto, nell'ambito dell'u.o. di farmacia, esposti particolarmente al rischio di fenomeni corruttivi e le relative misure preventive

Le misure di prevenzione adottate sono di natura organizzativa, come di seguito descritto:

- **Procedure di acquisto dei farmaci:** per l'acquisto di tutto il materiale che transita o è in deposito presso la Farmacia, vengono applicate le stesse misure di prevenzione utilizzate per l'approvvigionamento degli altri beni sanitari;
- **Monitoraggio della corretta movimentazione delle scorte:** L'IRCCS CROB è collegato a tutti i reparti e servizi tramite un servizio di gestione informatizzato del magazzino, attraverso il quale si effettuano le richieste dei farmaci, dispositivi medici, reagenti, ecc.... e il relativo scarico;
- **Prescrizioni onco-ematologiche:** le prescrizioni effettuate in ambito ospedaliero vengono monitorate ed evase tramite un sistema informatizzato atto a verificare che le stesse siano conformi alle linee guida nazionali o internazionali, in uso per singola patologia;
- **Relazioni che scaturiscono tra i vari soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali:** L'Istituto, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, ritiene indispensabile l'adozione e l'utilizzo di apposite dichiarazioni, attraverso le quali si possano conoscere le relazioni e/o gli interessi che possono coinvolgere i professionisti dell'area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

L'IRCCS CROB, ha adottato la modulistica predisposta dall'**AGENAS**, reperibile al seguente indirizzo:

http://www.agenas.it/images/agenas/In%20primo%20piano/ANAC/2_presentazione_modulistica_standard.pdf

Al fine di agevolare la compilazione della modulistica, l'Istituto ha aderito all'iniziativa dell'AGENAS (*applicativo per la compilazione on-line*), inviando la lista dei professionisti tenuti alla compilazione, i quali potranno utilizzare l'applicativo per la compilazione on-line della dichiarazione pubblica di interessi accedendo al seguente link: "Compilazione web" - box "PNA-Sanità" - pubblicato sulla home page del

sito www.agenas.it. Attualmente il collegamento al sito dell'Agenas consente solo la consultazione delle dichiarazioni inserite nelle annualità precedenti, essendo sospesa la dichiarazione on-line.

Le misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Istituto sono dettagliate nell'allegato n. 1 "Misure di Prevenzione della corruzione".

Fasi e tempi di monitoraggio e trasparenza

Il monitoraggio, intermedio e finale, è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza dell'ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione, da parte del RPCT, di più elementi, quali, principalmente, l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, dati e informazioni da parte delle strutture aziendali a ciò tenute, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione ed estrazione dei dati, la congruità del formato (aperto). Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità – parte integrante del PTPCT – ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RPCT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance. Ed è infatti ancora all'OIV che il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina (UPD) poiché il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione costituisce illecito disciplinare con conseguente attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. Peraltro, in questi casi l'ANAC può segnalare alla Corte dei conti, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Monitoraggio e aggiornamento del PTPCT

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, è necessario definire un processo di monitoraggio e aggiornamento del documento stesso.

La responsabilità del monitoraggio del PTPCT è attribuita al RPCT, che entro il 15 dicembre di ogni anno deve predisporre una relazione sulle attività di monitoraggio svolte e gli esiti rilevati.

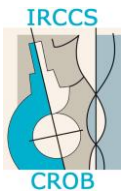
L'aggiornamento annuale del Piano, segue la stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPC, e deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali;
- dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);

- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.

Di seguito le scadenze temporali degli interventi realizzati nell'anno 2022 e quelli da realizzare che l'Istituto si impegna a rispettare nell'arco del triennio 2023-2025:

Interventi realizzati nell'anno 2022	Interventi da realizzare nell'anno 2023	Termini previsti realizzazione intervento	Soggetti responsabili della predisposizione e dell'aggiornamento della documentazione
Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2022-2024	Adozione piano triennale di prevenzione della corruzione 2023-2025	31 marzo 2023	Direttore generale su proposta del Responsabile della corruzione
Attività di monitoraggio Dichiarazione pubblica di interessi anno 2022	Attività di monitoraggio Dichiarazione pubblica di interessi anno 2023	15 gennaio 2024	RPCT
	Giornata della Trasparenza	15 novembre 2023	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Verifica a campione dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20, cc. 1 e 2 del d.lgs. n. 39/2013	Verifica a campione dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20, cc. 1 e 2 del d.lgs. n. 39/2013	30 ottobre 2023	RPCT
	Relazione sull'esito dell'attività svolta da pubblicare sul sito web dell'Istituto	31 gennaio 2024	RPCT
	Adozione bilancio sociale e di genere 2021	20 giugno 2023	Direttore Sanitario
	Eventuale aggiornamento dei criteri di valutazione del grado di rischio e della rilevazione delle attività soggette a più elevato rischio di corruzione di cui al presente piano	14 ottobre 2023	RPCT
	Aggiornamento Codice disciplinare del Comparto e della Dirigenza	30 dicembre 2023	Responsabile U.O.C. AA.GG.e PERSONALE
	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione	30 ottobre 2023	RPCT
Monitoraggio annuale da	Monitoraggio annuale da	15 novembre 2023	Responsabili UU.OO: e



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA

Rionero in Vulture (PZ)



REGIONE BASILICATA

parte dei Responsabili di UO e dei Referenti di RCPT	parte dei Responsabili di UO e dei Referenti di RCPT		Referenti RPCT
	Proposta al Responsabile della corruzione dei programmi di formazione per l'anno 2023	30 aprile 2023	Responsabili delle UU.OO.

Misure di prevenzione

All. 1 del PTCP 2023-2025

ID	PROCESSO AZIENDALE	RISCHIO	MISURE ADOTTATE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO NEL TRIENNIO 2023/2025	COMPETENZA E MONITORAGGIO	MODALITA' DI RENDICONTAZIONE	VALORE MEDIO IMPATTO	PROBABILITA'	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO	
INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI										
1	Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi di vertice, dirigenziali e al personale dipendente	Errata acquisizione e modalità di verifica sulla sussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ai sensi dell'art.20 del Decreto Legislativo n.39/2013	Acquisizione della dichiarazione sulla sussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ai sensi dell'art.20 del Decreto Legislativo n.39/2013	Preventivamente al conferimento dell'incarico deve essere acquisita sistematicamente la dichiarazione sulla sussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ai sensi dell'art.20 del Decreto Legislativo n.39/2013. Tale dichiarazione dovrà essere allegata al contratto e trasmessa al RPCT per la pubblicazione sul sito internet nella sezione personale ;	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	2	4	8	
			Aggiornamento annuale della dichiarazione sulla sussistenza di cause di incompatibilità	Il personale con incarico a qualunque titolo dirigenziale, di responsabilità amministrativa e di vertice con cadenza annuale produce la dichiarazione di sussistenza di cause di incompatibilità (ex art. 20 D.LGS 39/2013).	A cura dei singoli dipendenti	Verifiche semestrali a cura di RCPT	2	4	8	
AREA RISORSE UMANE										
2	Reclutamento del personale e progressi di carriera	Esercizio di discrezionalità tecnica.	Verifica coerenza dell'assunzione con la programmazione aziendale e regionale	Verifica rispetto del documento di fabbisogno (ex Dotazione Organica e Piano assunzioni) Presenza sistematica nell'atto di indicazione del concorso/avviso, della correlazione con il documento di fabbisogno.	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	2	4	8	
			Errata comparazione nella valutazione delle posizioni soggettive dei candidati	Publicazione su sito internet sistematica degli atti di Nomina Commissione di concorso/avviso.	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.				
			Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Verifica sulla composizione delle commissioni esaminatrici	Dichiarazione preventiva di assenza di conflitto di interessi dei componenti delle Commissioni di concorso/avviso su formato standardizzato.	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale				Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.
			Discrezionalità nell'esercizio di attività tecnica e/o amministrativa.	Publicazione dei criteri di valutazione e delle prove scritte (ex art. 19 D.LGS 133/2013 e s.m.i.)	Publicazione dei criteri di valutazione adottati dalla commissione di concorso e delle tracce delle prove scritte.	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale				Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.
			Discrezionalità nell'esercizio di attività tecnica e/o amministrativa.	Verifica sui requisiti posseduti dai candidati e sulla veridicità delle dichiarazioni rese.	Conferimento incarichi in modo conforme dalla normativa e da CC.NN.LL., assenza/aggiornamento di un regolamento aziendale	Adozione/aggiornamento di un regolamento aziendale				Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.
			Mancata verifica dei requisiti	Verifica sui requisiti posseduti dai candidati e sulla veridicità delle dichiarazioni rese.	Verifica sui requisiti posseduti dai candidati e sulla veridicità delle dichiarazioni rese.	Verifica a campione dei CV e della veridicità delle dichiarazioni rese				Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.
			Esercizio di discrezionalità tecnica nel conferimento degli incarichi	Verifica coerenza dell'incarico con la programmazione aziendale e regionale	Verifica rispetto del Piano dei fabbisogni (ex Dotazione Organica e Piano assunzioni) e nell'atto aziendale	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale				Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.
3	Autorizzazione al conferimento incarichi extraistituzionali	Potenziale conflitto di interessi con le attività istituzionali dell'Ente.	Applicazione del Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali	Sistematica acquisizione preventiva della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con le attività istituzionali dell'Ente da conservare nel fascicolo del dipendente	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	4	4	16	
			Comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica sugli incarichi conferiti	Comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica all'atto dell'autorizzazione all'incarico extra istituzionale	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.				
			Publicazione dell'elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascuno dei dipendenti con l'indicazione della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Istituzione di un registro informatizzato degli incarichi conferiti o autorizzati	Publicazione sul sito (sezione amministrazione trasparente) ed aggiornamento dell'elenco degli incarichi	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.				
4	Elaborazione cedolini stipendiali	Inserimento pagamenti non dovuti nelle voci stipendiali causa modifiche manuali.	Controllo cedolini Stipendiali	Attivazione controllo mensile sui caricamenti stipendiali: Verifica a campione di cedolini stipendiali da parte del Dirigente della UU.OO. AA.GG	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	3	3	9	
			Assenza di modifiche manuali al file mensile stipendiale definitivo: Verifica a campione di cedolini stipendiali da parte del Dirigente della UU.OO. AA.GG	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.					
5	Liquidazione rimborsi spese missioni	Erogazione rimborsi non spettanti	Applicazione del Regolamento per la disciplina del mezzo proprio di trasporto	Rendicontazioni economiche sulle spese del personale. Verifica a campione delle autorizzazioni alle missioni e sulle rendicontazioni economiche sulle spese (presenza di giustificativi) del personale da parte del Dirigente della UU.OO. AA	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	3	4	12	
6	Monitoraggio sul cumulo delle ore (Straordinario)	Pagamenti non dovuti	Individuare situazioni anomale caratterizzate da un utilizzo eccessivo e ingiustificato rispetto agli effettivi carichi di lavoro	Monitoraggio periodico del budget annuale per U.O. del valore economico di straordinario	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	5	5	25	
7	Revolving doors o pantouflage	Situazione di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro	Aggiornamento schema contratti di incarico professionale	Inserimento nei contratti delle SC, SSD, SS e incarichi professionali della clausola previste ex art. 53 del D. LGS 165/2001 e s.m.i. Legge 190/2012	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2	
8	Esercizio del potere disciplinare	Mancato svolgimento di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori	Applicazione del Regolamento	Aggiornamento a cura dell'U.O. AA.GG. E Personale del "Regolamento del codice disciplinare del comparto e della dirigenza"	Aggiornamento entro il 30 novembre 2019	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4	
9	Conferimento incarichi di collaborazione e consulenza	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare precisi soggetti.	Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi	Publicazione delle tabelle comunicate al Dipartimento della Funzione Pubblica nella sez. Amm.ne trasparente (sotto sez. Consulenti e collaboratori)	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.	1	1	1	
			Publicazione delle tabelle relative al conferimento di incarichi legali	Publicazione delle tabelle relative al conferimento di incarichi legali	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.				
			Acquisizione preventiva e sistematica di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con le attività istituzionali dell'Ente da allegare al contratto (ex art. 15 D. LGS 33/2013)	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC AA.GG. E Personale	Relazione a cura del Dirigente del U.O. AA.GG e Personale per il RPCT entro il 15/11.					
VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI, APPALTI DI LAVORO E FORNITURE DI BENI E SERVIZI										
10	Programmazione	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	Approvazione degli strumenti di programmazione nei termini previsti dalla norma	Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno	3	3	9	
11	Progettazione della gara	Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Monitoraggio continuo dell'osservanza delle misure già adottate	Monitoraggio continuo dell'osservanza delle misure già adottate	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI - RCPT	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	4	1	4	
			Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara	Formazione del personale anche non sanitario in materia di contrattualistica pubblica e conseguenti responsabilità - La sottoscrizione dell'assenza di conflitto di interesse dovrà essere resa anche dai richiedenti utilizzatori dell'ambito sanitario, mediante l'implementazione dei modelli in uso presso per le richieste di beni	Ufficio Formazione - Tutte le UU.OO. dell'Istituto	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	4	3	12	
			Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione, per quanto compatibile, nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso. Obbligo di motivazione nella determina in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale (ad esempio appalto vs. concessione). I criteri di aggiudicazione della gara utilizzabili sono quelli rispetto ai quali il giudizio sia, quanto più possibile, misurabile e verificabile in termini oggettivi e non arbitrari. Obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta. Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. 	<ul style="list-style-type: none"> Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione, con particolare riguardo alla verifica delle modalità di compilazione delle griglie di valutazione qualora il criterio prescelto sia quello dell'OEV (verifica onere motivazionale in caso di elementi discrezionali, verifica presenza di criteri tabellari e quantitativi in numero e tipologia adeguati, qualora gli stessi, in rapporto all'oggetto dell'affidamento, consentano una scelta qualitativamente auspicabile, con discrezionalità limitata. Implementazione del regolamento interno per gli acquisti sottostoglia, al fine di regolamentare in maniera univoca gli affidamenti nel rispetto dei principi di rotazione degli operatori economici e di trasparenza, nonché di economicità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. 	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	4	2	8
			predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione	<ul style="list-style-type: none"> Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità. Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità 	<ul style="list-style-type: none"> Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione, con particolare riguardo alla verifica delle modalità di compilazione delle griglie di valutazione qualora il criterio prescelto sia quello dell'OEV (verifica onere motivazionale in caso di elementi discrezionali, verifica presenza di criteri tabellari e quantitativi in numero e tipologia adeguati, qualora gli stessi, in rapporto all'oggetto dell'affidamento, consentano una scelta qualitativamente auspicabile, con discrezionalità limitata. Implementazione del regolamento interno per gli acquisti sottostoglia, al fine di regolamentare in maniera univoca gli affidamenti nel rispetto dei principi di rotazione degli operatori economici e di trasparenza, nonché di economicità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. 	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Modifica ed implementazione dei modelli in uso presso l'Istituto e approvazione con apposito atto entro il 15/12/2020	4	2	8
definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine limitare la concorrenza	<ul style="list-style-type: none"> Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità. Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità 	<ul style="list-style-type: none"> Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione, con particolare riguardo alla verifica delle modalità di compilazione delle griglie di valutazione qualora il criterio prescelto sia quello dell'OEV (verifica onere motivazionale in caso di elementi discrezionali, verifica presenza di criteri tabellari e quantitativi in numero e tipologia adeguati, qualora gli stessi, in rapporto all'oggetto dell'affidamento, consentano una scelta qualitativamente auspicabile, con discrezionalità limitata. Implementazione del regolamento interno per gli acquisti sottostoglia, al fine di regolamentare in maniera univoca gli affidamenti nel rispetto dei principi di rotazione degli operatori economici e di trasparenza, nonché di economicità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. 	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	4	1	4			

ID	PROCESSO AZIENDALE	RISCHIO	MISURE ADOTTATE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO NEL TRIENNIO 2023/2025	COMPETENZA E MONITORAGGIO	MODALITA' DI RENDICONTAZIONE	VALORE MEDIO IMPATTO	PROBABILITA'	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO
		prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	necessari.						
		Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;		Adozione di direttive interne/linee guida che introducano criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti all'oggetto complessivo del contratto.	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Adozione di direttive interne/linee guida entro il 30/12/2020	3	1	3
		la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possano favorire il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.		Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione, con particolare riguardo alla verifica delle modalità di compilazione delle griglie di valutazione qualora il criterio prescelto sia quello dell'OEV (verifica onere motivazione in caso di elementi discrezionali, verifica presenza di criteri tabellari e quantitativi in numero e tipologia adeguati, qualora gli stessi, in rapporto all'oggetto dell'affidamento, consentano una scelta qualitativamente auspicabile, con discrezionalità limitata.	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	3	1	3
12	Selezione del contraente	I vari attori coinvolti (quali, ad esempio, RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, etc.) manipolino le disposizioni che governano il processo al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. Possono rientrare in tale alveo, ad esempio, azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara, l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito, la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti; alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.	<ul style="list-style-type: none"> Acquisizione da parte del RP di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse con le imprese partecipanti alla gara e di assenza di conflitto di interesse. Utilizzo di piattaforme telematiche per la gestione del ricevimento delle offerte e per ogni comunicazione riguardante la specifica procedura di gara. Comunicazione delle date delle sedute pubbliche del seggio di gara o della commissione giudicatrice a mezzo piattaforme telematiche utilizzate per l'espletamento della procedura. 	Attuazione, verifica e monitoraggio delle misure già in essere	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report finale al 15 dicembre di ogni anno	4	2	8
13	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria. Possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	<ul style="list-style-type: none"> Verifica dei requisiti espletata tramite il sistema ANCPASS disponibile presso ANAC. Comunicazione nei termini previsti dal D. Lgs. 50/2016 ex art. 76 alle ditte partecipanti alla procedura di gara. 	Attuazione, verifica e monitoraggio delle misure già in essere - Adozione di una check list di controllo	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Adozione di una Check list di controllo sentro il 15/11/2020	3	1	3
14	Esecuzione del contratto (lavori)	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Molto frequente è l'approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (con particolare riguardo alla durata, alle modifiche di prezzo, alla natura dei lavori, ai termini di pagamento, etc.), introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio. Con riferimento al subappalto, un possibile rischio consiste nella mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore.	<ul style="list-style-type: none"> Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo. Publicazione, contestualmente alla loro adozione e per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti. 	<ul style="list-style-type: none"> Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPC e agli uffici di controllo interno al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma. Formalizzazione di una Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice e introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione. Per opere di importo rilevante (sopra soglia comunitaria) pubblicazione online di rapporti periodici che sintetizzino, in modo chiaro ed intellegibile, l'andamento del contratto rispetto a tempi, costi e modalità preventive in modo da favorire la più ampia informazione possibile 	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Adozione di una Check list di controllo sentro il 15/11/2020	3	1	3
15	Esecuzione del contratto (servizi e forniture)	Rileva, altresì, l'apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.	Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.	Formazione delle figure preposte alla Direzione dell'esecuzione del contratto anche mediante circolari esplicative da emanarsi a cura del Dirigente della U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI Dichiarazione dell'assenza di conflitto di interesse da rilasciarsi a cura del Direttore dell'esecuzione del Contratto e dal Direttore/Dirigente Responsabile dell'U.O. utilizzatrice delle forniture qualora non coincidente con il DEC	DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE E APPROVVIGIONAMENTI	Report a cura del Dirigente del U.O. Gestione Tecnico per il RPCT - 1 report finale al 30 dicembre di ogni anno	3	2	6
16	Fornitura di beni e servizi - affidamenti in deroga alle procedure ordinarie - proroghe e rinnovi di contratti	Utilizzo della procedura in deroga alle ordinarie, al di fuori dei casi previsti dalla legge	Aggiornamento del regolamento aziendale	Aggiornamento, se necessario, del regolamento aziendale entro il 31/12/2019		Relazione a cura del Dirigente del U.O.C. per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
				Proroghe e rinnovi di contratti per le tipologie di servizi individuate dal DPCM 24/12/2015: controllo a campione delle presenza nell'atto di affidamento conclusivo del procedimento istruttorio delle motivazioni puntuali e specifiche attestante i motivi che determinano la necessità di proroghe o rinnovi.	Verifiche periodiche a cura del Direttore della UOC Gestione Tecnico patrimoniale ed approvvigionamenti	Relazione a cura del Dirigente del U.O.C. per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
17	Autorizzazione al pagamento e liquidazione fatture		Acquisizione, preliminarmente alla liquidazione, dell'attestazione di regolare esecuzione delle forniture	Attestazione sulle fatture della regolare esecuzione della fornitura (in caso di non applicabilità del collaudo di fornitura)	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
			Effettuazione di controlli obbligatori propedeutici al pagamento delle fatture	Verifica sistematica del DURC, da parte del U.O. Economico Finanziaria, preliminarmente al pagamento	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente del U.O.C. per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
18	Gestione casse economali	Utilizzo non corretto del fondo spese economali	Controlli annuali sulla gestione delle casse economali	Controllo interno a cura della U.O.C. GTPFA e controlli periodici incrociati con U.O. Economico finanziaria delle quadrature di cassa economale	Verifiche periodiche a cura del Dirigente di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA									
19	Risposta a solleciti relativi a fatturazione attiva e passiva	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Verifica delle singole istanze entro i termini legali o regolamentari	Verifica e riscontro entro 20 gg dal ricevimento di ogni singola istanza	Verifiche periodiche a cura del Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4

ID	PROCESSO AZIENDALE	RISCHIO	MISURE ADOTTATE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO NEL TRIENNIO 2023/2025	COMPETENZA E MONITORAGGIO	MODALITA' DI RENDICONTAZIONE	VALORE MEDIO IMPATTO	PROBABILITA'	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO
20	Bilancio di esercizio anno	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Approvazione con deliberazione del Direttore Generale entro i termini previsti dalla normativa	Verifica della data di approvazione	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	4	1	4
22	Pubblicazione dei bilanci	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Pubblicazione sul sito istituzionale entro 60 gg dall'approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	Verifica della data di pubblicazione sul sito internet	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
23	Registrazione fatture passive	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Rilevazione in contabilità nei termini previsti	Implementazione delle azioni previste nel Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e con l'attuazione di quanto già previsto dalla normativa sulla fatturazione elettronica e gestione dei pagamenti centralizzata. Verifica semestrale delle contestazioni dei fornitori e rapporto con numero contestazioni anno precedente.	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
24	Emissione mandato di pagamento	Ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Emissione effettuata con cadenza giornaliera, in media entro 60 giorni dalla data di ricezione fattura	Misurazione dei tempi medi di pagamento	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
25	Monitoraggio dei debiti e dei pagamenti	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Prospetti di monitoraggio dei debiti e dei pagamenti tramite piattaforma certificazione dei crediti PCC di MEF	Monitoraggio dei debiti e dei pagamenti tramite PCC	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
26	Certificazioni dei crediti scaduti	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Istanze e funzioni della Piattaforma Certificazione Crediti	Certificazione dei crediti scaduti	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
27	Indice di tempestività dei pagamenti	Inadempimento delle prescrizioni normative e PAC	Pubblicazione trimestrale nella sezione "Amministrazione trasparente"	Verifica della data di pubblicazione sul sito internet	Verifiche periodiche a cura dei Dirigenti di ciascun ufficio competente	Relazione a cura del Dirigente per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
AREA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO									
28	Gestione liste di attesa	Treatmento favorevole dei pazienti che accedono in libera professione	Monitoraggio del tempo medio di attesa per R.O. per pazienti con accessi ambulatoriali in attività libero professionale	Verifica a campione periodica della tempistica di intervento di pazienti visitati in libera professione rispetto ai tempi di attesa del tipo di prestazione erogata in regime ssn.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Sanitaria	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	1	2	2
				Istituzione del registro informatizzato delle liste di attesa per ricoveri ordinari	Verifiche periodiche a cura della Direzione Sanitaria	Report del Direttore Sanitario sulla effettiva applicazione - 1 report al 15/11	2	1	2
		Potenziale inappropriata prescrizione	Indicazione sistematica delle classi di priorità, del quesito diagnostico e del tipo di accesso (se primo o altro accesso)	Per ciascuna struttura erogante verranno attivate ulteriori agende con classi di priorità RAD (B,D, e P) e relativa attribuzione del tempo massimo di attesa	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
	Gestione non sempre ben differenziata tra agende di prima visita e quelle di controllo, e prestazioni di controllo programmato e screening.	Azione formativa già in itinere relativa alle modalità di prescrizione ed utilizzo del sistema RAD.	Tutte le prestazioni ambulatoriali saranno organizzate in agende visibili sul CUP Regionale dedicate e differenziate per il primo accesso e accesso successivo.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4	
29	Fase di esercizio dell'ALPI	Prediligere il ricorso alla libera professione con conseguenti eventuali criticità per le liste di attesa, inclusi i PDTA.	Monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa con cadenza mensile	Verrà effettuato un monitoraggio trimestrale dell'attività libero-professionale Verranno potenziate le agende dedicate ai PDTA Sarà effettuato un regolamento per l'accesso ai ricoveri programmati	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
		Favorire il ricorso alla libera professione attraverso l'allungamento delle liste di attesa in regime istituzionale	Attivazione sistema di controllo della Direzione Sanitaria sulle chiusure programmate delle agende	Istituzione di un registro informatizzato delle chiusure delle agende CUP	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
		Attività svolta durante orario di servizio non rendicontata correttamente	Controllo a campione dell'applicazione di quanto previsto nel regolamento aziendale rispetto all'attività svolta in orario di servizio	Controlli a campione dell'attività svolta nell'orario di servizio con verifica incrociata con i dati del sistema di rilevazione presenze	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	1	2	2
		Variazioni della turnazione dei dirigenti sanitari disponibili all'attività aggiuntiva	Verifica turnazioni mensili con report	Predisposizione per ciascuna U.O. dell'elenco di dirigenti disponibili ad effettuare attività aggiuntiva in modalità ALPI	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	1	2	2
		Informazione non corretta al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale.	Corretta informativa all'utenza	Predisposizione di locandine informative per l'utenza sulle modalità di regolamentazione dell'ALPI da affiggere in prossimità delle aree in cui si svolge l'ALPI	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
		La violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione	Misurazione volume delle attività in ALPI rispetto al volume attività SSN	Verificare a campione periodica, sul singolo medico, del volume delle attività in ALPI e del volume delle attività in SSN.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	2	4
30	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	La comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti	Registro delle imprese	Aggiornamento costante e tempestivo del registro delle imprese di onoranze funebri incaricate dagli aventi diritto al ritiro delle salme.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	3	2	6
			Informativa agli utenti ed alle imprese	Predisposizione di cartellonistica con norme comportamentali per le imprese del servizio di camere mortuarie	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	2	1	2
31	Gestione Emergenza epidemiologica da Covid-19	Diffusione Covid-19 da utenza esterna	E' stata realizzata una maggiore informazione per i Dipendenti ed Utenti con Istruzioni operative per la gestione dell'emergenza COVID-19.	Sono state disposte procedure e di triage così come previsto dalla normativa vigente per il contrasto del Covid-19. Tali procedure sono tutt'ora in corso. Sono stati indicate le modalità e i luoghi di ingressi separati per pazienti e dipendenti. Sono in essere disposizioni che non consentono l'accesso agli accompagnatori, salvo i casi di minori, e persone non autosufficienti.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
		Diffusione contagio intraospedaliera	Sono state realizzate Misure di contrasto con comunicazioni e disposizioni a tutto il Personale, e Regolamentazioni all'interno dell'IRCCS CROB per tutelare la salute delle persone presenti.	Sono state divulgate procedure in essere riguardanti l'attività di screening (test sierologici e processazione tamponi) su tutto il personale in maniera calendarizzata. Processazione tamponi per pazienti prima di accedere al ricovero nel reparto di riferimento. Sono state divulgate le Procedure operative per la gestione di casi sospetti di infezione da Covid-19. E' stata avviata la campagna vaccinale antinfluenzale per i dipendenti dell'ospedale sia per la prevenzione, sia per la necessità di migliorare la capacità di diagnosi differenziale nei casi sospetti Covid-19.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	3	6
		Non adeguata sanificazione degli ambienti	sono state realizzate intensificazioni delle pulizie/sanificazioni	Sono state disposte misure di prevenzione straordinaria quali interventi di sanificazione in più aree del presidio, e' stata attuata la disposizione di trattare le aree a basso rischio del presidio come aree a medio rischio a far data da marzo 2020	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
		Non rispettare i tempi e le liste di attesa per prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali ai pazienti oncologici	E' stato elaborato un piano di riprogrammazione delle agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali	Dal 1° giugno 2020, l'utenza può continuare contattare il call center regionale.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
		Non corretta informazione all'utenza per le prestazioni da eseguire	Sono state realizzate misure di contrasto con comunicazioni e disposizioni	Sono state delineate Informazioni all'utenza con relativi vincoli, quali evitare gli assembramenti, programmare gli accessi che comportano l'erogazione delle prestazioni dilazionando le tempistiche per ogni appuntamento; raccomandare il rispetto dell'orario delle prestazioni.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
		Non continuare ad erogare prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali ai pazienti oncologici durante tutto il periodo dell'emergenza epidemiologica da COVID - 19	Sono stati effettuati percorsi di cura appropriati, dal trattamento chirurgico a quello chemioterapico e radioterapico.	E' stata redatta una rimodulazione che ha riguardato un'estensione dell'orario di servizio offerto agli utenti, (day hospital oncologico è stato aperto, con un doppio turno, dalle ore 8 alle ore 20), e raccomandazioni rivolte al personale medico, infermieristico e socio sanitario, finalizzate a ridurre la permanenza dei pazienti in ospedale.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4

ID	PROCESSO AZIENDALE	RISCHIO	MISURE ADOTTATE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO NEL TRIENNIO 2023/2025	COMPETENZA E MONITORAGGIO	MODALITA' DI RENDICONTAZIONE	VALORE MEDIO IMPATTO	PROBABILITA'	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO
		Diffusione Covid-19 da utenza esterna	E' stata realizzata una maggiore informazione per i Dipendenti ed Utenti con Istruzioni operative per la gestione dell'emergenza COVID-19.	Sono state disposte procedure di triage così come previsto dalla normativa vigente per il contrasto del Covid-19. Tali procedure sono tutt'ora in corso. Sono state indicate le modalità e i luoghi di ingressi separati per pazienti e dipendenti. Sono in essere disposizioni che non consentono l'accesso agli accompagnatori, salvo i casi di minori, e persone non autosufficienti.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
32	Processo aziendale: Gestione Rifiuti Ospedalieri	Non corretto smaltimento dei rifiuti ospedalieri	E' in essere un Protocollo della Gestione dei rifiuti Sanitari, in cui sono elencate tutte le procedure per la gestione dei rifiuti sanitari, le normative di riferimento, e la tipologia e classificazione dei rifiuti con i rispettivi Codici CER.	Sono state trasmesse alle varie U.O le procedure sullo smaltimento dei rifiuti, uniformate alla normativa vigente che prevede per l'emergenza Covid-19, la sostituzione dei contenitori di plastica ROT Rigidi con Contenitori di Cartone al cui interno vi è un sacco di polietilene.	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
		Non adeguata tracciabilità	*E' in essere un Protocollo in cui sono redatte linee guida per la tracciabilità dei percorsi della gestione dei Rifiuti.	Il Personale della Direzione Medica di Presidio, è dedicato alla compilazione del Formulario di identificazione del rifiuto, ed alla compilazione del Registro carico-scarico dei rifiuti che viene aggiornato contemporaneamente alla consegna del Formulario di identificazione del rifiuto. * E' inoltre in corso di attivazione un database sui dati estrapolati dal Formulario di identificazione del rifiuto. * Sono effettuate Verifiche random sulla determinazione del peso dei rifiuti con relativo Processo Verbale di Pesatura. * E' regolarmente effettuata la Compilazione secondo la normativa vigente, del Modello Unico della Dichiarazione Ambientale (MUD).	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di presidio	Relazione a cura della Direzione sanitaria per il RPCT entro il 15/11	2	2	4
U.R.P.									
33	CONTROLLI - URP - Segnalazione ricevute da utenza su anomalie in strutture aziendali	Verifica/azioni incomplete o carenti delle segnalazioni	Adozione regolamento URP	Report trimestrali quantitativi e qualitativi a RPCT	Verifiche periodiche a cura della Direzione Medica di Presidio	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	1	2	2
34	Dichiarazione Pubblica di interessi	Verifica acquisizione della dichiarazione pubblica di interessi nell'ambito dell'approvazione degli studi clinici	Monitoraggio trimestrale		Responsabile URP	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	3	1	3
AREA DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE									
35	Condizione studi clinici	Conflitto di interessi	Comitato Etico Unico Regionale	Dichiarazione pubblica di interesse da parte del medico sperimentatore e dei componenti del team di studio: verifica dichiarazioni di interessi componenti team e sperimentatori	Verifiche periodiche a cura del Direttore Scientifico	Relazione a cura della Direzione Sanitaria per il RPCT entro il 15/11.	4	3	12
36	Formazione del personale	Mancata predisposizione del piano di formazione	Predisposizione del piano di formazione annuale	Relazione annuale sulla formazione oltre i termini previsto	Verifica annuale del Direttore Scientifico	Relazione annuale a cura della Direzione Scientifica per il RPCT entro il 15/11.	0	0	0
37	Gestione accreditamento formazione	Gestione non corretta degli accreditamenti dei corsi	Controlli periodici				0	0	0
FARMACIA									
38	Gestione scorte di magazzino	Mancata o errata rendicontazione delle scorte "Finalizzate all'acquisto".	Controlli sistematici delle scorte con corrispondenza tra giacenza informatica e quella reale	Controlli sistematici delle scorte con corrispondenza tra giacenza informatica e quella reale	Verifiche periodiche del delegato Dirigente Farmacista dal Responsabile dirigente della SSD	Allineamento dati tramite procedura informatizzata	3	5	15
		Gestione delle scorte dei beni sanitari magazzino Farmacia e contenimento sprechi per farmaci scaduti non utilizzati	Verifica sistematica della casistica degli scaduti e determinazione delle motivazioni che hanno portato alla generazione dello stesso. Attivazione delle procedure per il recupero del costo dello scaduto se previsto nel capitolato d'oneri della gara.	Verifica sistematica della casistica degli scaduti e determinazione delle motivazioni che hanno portato alla generazione dello stesso. Attivazione delle procedure per il recupero del costo dello scaduto se previsto nel capitolato d'oneri della gara.	Verifiche periodiche del delegato Dirigente Farmacista dal Responsabile dirigente della SSD	Allineamento dati tramite procedura informatizzata	2	5	10
39	Gestione sostanze stupefacenti	Sottrazione indebita delle sostanze	Messa in sicurezza delle sostanze con conservazione in cassaforte.	Messa in sicurezza delle sostanze con conservazione in cassaforte.	Verifica periodica del Responsabile dirigente della SSD	Verifica dei dati presenti nella procedura informatizzata	6	1	6
		Mancata o incorretta registrazione degli stupefacenti	Corrispondenza giacenza reale con giacenza registro carico/scarico secondo L. n. 38/2010 e DPR 309/90.	Corrispondenza giacenza reale con giacenza registro carico/scarico secondo L. n. 38/2010 e DPR 309/90.	Verifica periodica del Responsabile dirigente della SSD	Verifica dei dati presenti nella procedura informatizzata	8	1	8
40	Gestione dispositivi medici	Mancato rispetto delle procedure aziendali per l'acquisto dei dispositivi medici	Applicazione del Regolamento dei prodotti esclusivi/infungibili e utilizzo, in particolare, della modulistica dell'Istituto finalizzata all'attestazione della esclusività dei prodotti con applicazione delle motivazioni a supporto.	Applicazione del Regolamento dei prodotti esclusivi/infungibili e utilizzo, in particolare, della modulistica dell'Istituto finalizzata all'attestazione della esclusività dei prodotti con applicazione delle motivazioni a supporto.	Verifica utilizzo modelli presenti nel regolamento da parte del Dirigente Farmacista identificato per settore di competenza	-	3	5	15
ULTERIORI MISURE									
41	Iniziativa di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di formazione specifica per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione e per il RPCT	Rischio di corruzione	Formazione su quanto previsto dalla normativa, sui contenuti del Piano PTCT e sulle misure minime di sicurezza adottate dall'Istituto	Almeno n.1 corso di formazione Formazione per i dipendenti coinvolti nelle aree soggette a maggior rischio di corruzione e per tutti i dipendenti e collaboratori dei collaboratori: - Responsabili di UO e PO - Responsabili di prevenzione della corruzione - RUP - Dipendenti e collaboratori dell'Istituto	Verifiche periodiche a cura del RPCT	A cura RPCT			
42	Obblighi di informazione e di trasparenza (D.lgs. n. 33/2013)	Mancato rispetto degli obblighi di trasparenza	Adozione dell'albero della trasparenza individuando il referente aziendale di ciascuna sezione; Aggiornamento continuo e monitoraggio della "Sezione Amministrazione trasparente" da parte dello staff del RPCT	Monitoraggio semestrale della completezza dei dati relativi agli obblighi di pubblicazione. Attestazione degli obblighi di pubblicazione da parte dell'OIV (Delibere ANAC)	Verifiche periodiche a cura del RPCT	A cura RPCT			
43	Accesso Civico a Dati e Documenti	Mancato rispetto della trasparenza	Applicazione del Regolamento Aziendale per la disciplina dell'accesso dell'Accesso Civico a Dati e Documenti	Verifica del rispetto delle modalità operative definite nel regolamento aziendale	Verifiche periodiche a cura del RPCT	A cura RPCT			
44	Dichiarazione Pubblica di interessi	Mancato rispetto della trasparenza	Aggiornamento annuale della dichiarazione pubblica di interessi disponibile sul sito AGENAS	I Dipendenti interessati da questa misura devono procedere all'aggiornamento annuale della dichiarazione pubblica di interesse entro il 30/11 di ciascun anno.	Aggiornamento entro il 30 novembre di ciascun anno	A cura RPCT			

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELL'IRCCS CROB - All. 2 al PTPCT 2023-2025

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio Proprietario/Responsabile del dato	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicaz	Termine di scadenza per la pubblicaz
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (<i>link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</i>)	Annuale	RPCT	Referenti RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT	Entro 20 gg dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dall'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	Referenti RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT	
	Codice disciplinare e codice di condotta	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	PRESIDENTE U.P.D.	Referenti RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione
Organizzazione	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT				

	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti / Servizio informativo	Referenti RPCT	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
				Per ciascun titolare di incarico:			Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			Referenti RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dal conferimento
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	Entro 20 giorni dall'acquisizione del CV
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti / Servizio informativo	Referenti RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT	

Personale	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	RPCT	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
			Per ciascun titolare di incarico:				Referenti RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	RPCT	Referenti RPCT		
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PRESIDENTE U.P.D. Le sanzioni sono irrogate dall'ANAC	Referenti RPCT	
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		

		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Personale non a tempo indeterminato		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Tassi di assenza		Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)		Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Contrattazione collettiva		Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Contrattazione integrativa		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Controllo di gestione	Referenti RPCT		
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione	Referenti RPCT		
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione	Referenti RPCT		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione	Referenti RPCT	
Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi					Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti					Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT		

Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno degli enti:			Referenti RPCT	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT				
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			Referenti RPCT	
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	

		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:			Referenti RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Responsabili di procedimento, ognuno per i procedimenti di competenza della propria area	Referenti RPCT	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti / Servizio informativo	Referenti RPCT	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AA.GG. E PERSONALE	Referenti RPCT	
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT		
				Per ciascuna procedura:			Referenti RPCT	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	

Bandi di gara e contratti

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura

Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale-approvvigionamenti /Servizi informativi	Referenti RPCT	
Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	DIREZIONE STRATEGICA Varie UU.OO. Competenti per materia	Referenti RPCT		
				Per ciascun atto:			Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	DIREZIONE STRATEGICA	Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Referenti RPCT		
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Varie UU.OO. Per competenza	Referenti RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			Referenti RPCT	
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Referenti RPCT						
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
		Bilancio consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT	
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
Organismi indipendenti di			Atti degli Organismi indipendenti di	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	OIV a cura della struttura di supporto	Referenti RPCT		
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV a cura della struttura di supporto	Referenti RPCT		

Controlli e rilievi sull'amministrazione	valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV a cura della struttura di supporto	Referenti RPCT		
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	OIV a cura della struttura di supporto	Referenti RPCT		
	Organi di revisione amministrativa e contabile			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Collegio Sindacale (a cura della segreteria)	Referenti RPCT	
	Corte dei conti			Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Collegio Sindacale (a cura della segreteria)	Referenti RPCT	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione sanitaria	Referenti RPCT		
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	U.O. AA. GG e PERSONALE Uff. affari legali	Referenti RPCT		
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	U.O. AA. GG e PERSONALE Uff. affari legali	Referenti RPCT		
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	U.O. AA. GG e PERSONALE Uff. affari legali	Referenti RPCT		
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione sanitaria	Referenti RPCT		
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direzione sanitaria	Referenti RPCT		
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT		
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Economico / Finanziaria	Referenti RPCT			

Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Tecnico Patrimoniale e approvvigionamenti	Referenti RPCT	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	Referenti RPCT	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	Referenti RPCT	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	Referenti RPCT	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonchè del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	Referenti RPCT	
Altri contenuti - Accessibilità e catalogo di dati, metadati e banche dati		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Servizio informativo	Referenti RPCT	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Servizio pianificazione e sistema informativo	Referenti RPCT	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	RPCT UU.OO. E Uffici, ognuno per la propria competenza	Referenti RPCT	