



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE (PIAO) – ANNO 2024-2026
AGGIORNAMENTO 2024

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

Sommario

PREMESSA	2
SEZIONE I <i>SCHEDA ANAGRAFICA</i>	4
1.1 COSTITUZIONE, DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO PASCALE	5
1.2 L'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE: MISSIONE, VOLIRI E OBIETTIVI.....	6
1.3 LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO	7
1.3.1 L'ARTICOLAZIONE TERRITORIALE DELL'ISTITUTO FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE.....	8
1.3.2 LOSVILUPPO TERRITORIALE DELL'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE.....	9
1.4 DATI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE.....	13
1.5 L'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE E LA ROC.....	21
1.6 L'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE E LA RICERCA SCIENTIFICA	22
SEZIONE II <i>VALORE PUPPLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</i>	33
2 VALORE PUBBLICO.....	34
2.1 PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	39
2.2 BUDGET DI PREVISIONE.....	42
2.3 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	45
2.4 PIANO DELLA PERFORMANCE	49
2.4.1 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE.....	51
2.4.2 PIENA ACCESSIBILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE . ACCESSIBILITA' DIGITALE	51
2.5 PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE.	54
2.5.1 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE.....	55
2.6 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA – PTPCT 2024- 2026	58
SEZIONE III <i>ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO</i>	118
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	118
3.1.1 AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE.....	119
3.2 POLA	121
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE - PROPOSTA	136
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE NEL''AMBITO DEL PNRR –OBIETTIVI DI FORMAZIONE	137
SEZIONE IV <i>MONITORAGGIO</i>	145

PREMESSA

Nell'ottica di una gestione efficiente ed efficace dell'attività amministrativa, la Pubblica Amministrazione nel corso degli anni è stata impegnata nella redazione di diversi documenti programmatici e di pianificazione (Piano della Performance, Piano del fabbisogno del personale, Piano del lavoro agile, Piano anticorruzione ecc..) che, seppur nati con finalità diverse, sono risultati talvolta per molti punti sovrapposti e sovente non coordinati tra loro.

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Il 26 maggio 2022 il Consiglio dei Ministri ha approvato in esame definitivo il regolamento attuativo per l'operatività dell'istituto adottato mediante Decreto del Presidente della Repubblica n.81 del 24 giugno del 2022.

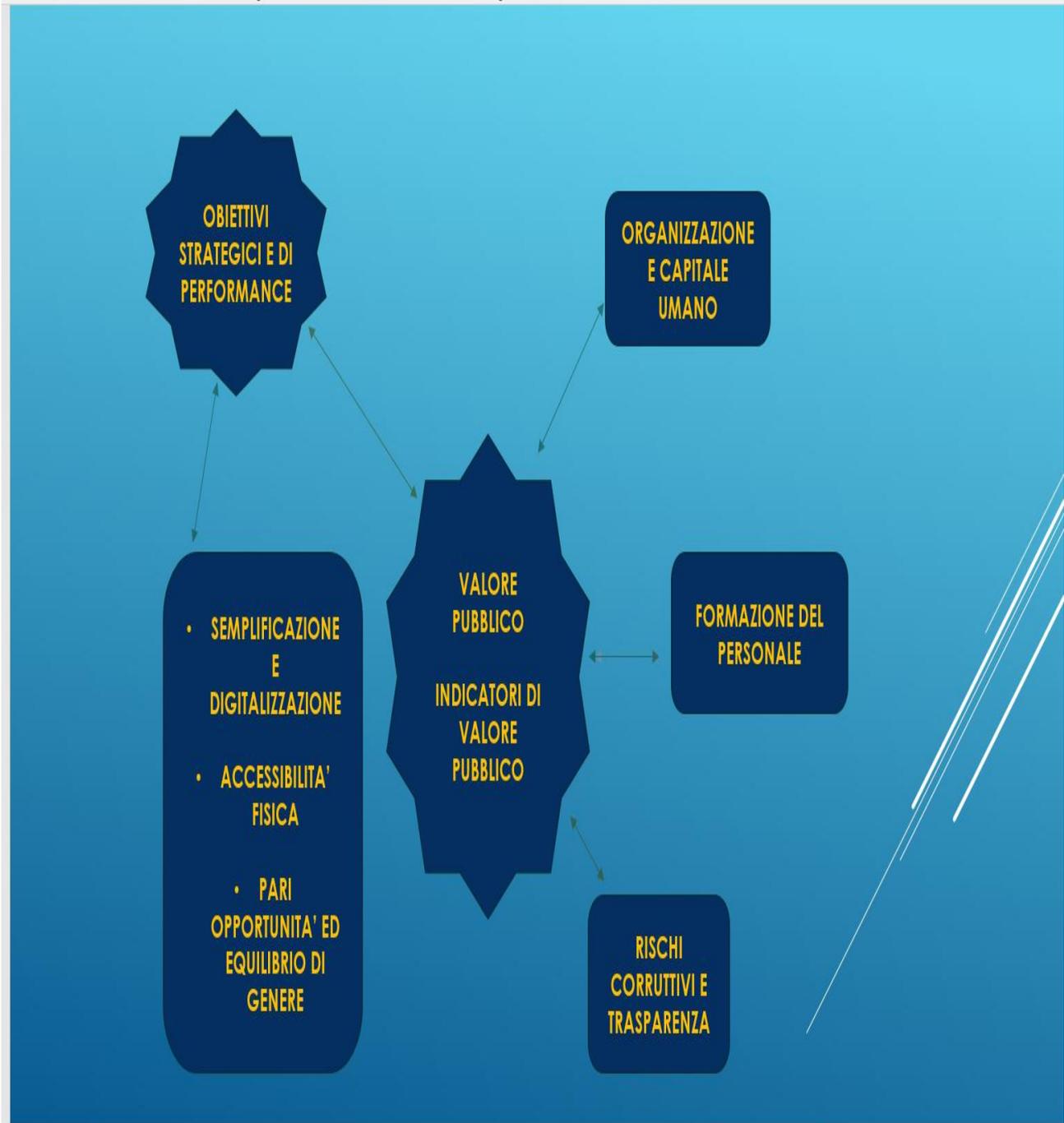
Il PIAO costituisce un provvedimento che individua e prevede l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dallo stesso.

Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) riuniscono nel PIAO, di durata triennale con aggiornamento annuale, tutta la programmazione finora inserita in piani differenti e in particolare vengono definiti:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance organizzativa ed individuale (*Piano della Performance*) ai sensi di quanto previsto dal D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per conseguire gli obiettivi in materia di anticorruzione. Tale previsione prevede l'inserimento del *Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC)* la cui fonte normativa è costituita dalla L. 190/2012 e ss.mm.ii.. La predetta pianificazione individua le attività a maggior rischio corruttivo nonché gli interventi di formazione e controllo utili a prevenire tale fenomeno;
- le strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo nonché gli obiettivi formativi previsti per migliorare le skill del personale (PFT). In tema di gestione e organizzazione delle risorse umane deve tenersi conto che le disposizioni emergenziali, adottate in occasione della pandemia da Sars-CoV-2 hanno determinato la codificazione del lavoro agile -*Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)*;
- gli obiettivi relativi al reclutamento di nuove risorse e alla valorizzazione delle risorse interne. Nel PIAO confluisce quindi il *Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP)*, previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dal D.Lgs 75/2017, con il quale vengono definiti l'organizzazione degli uffici e la composizione dei relativi organici, sempre nell'ambito del limite finanziario stabilito;
- le procedure finalizzate a garantire il pieno rispetto della parità di genere. Ai sensi dell'art. 48 D.Lgs 198/2006 (Codice delle pari opportunità), le amministrazioni pubbliche devono predisporre il *Piano delle azioni positive (PAP)*, di durata triennale- con aggiornamento annuale-, con il quale sono individuate le misure specifiche per eliminare in un determinato contesto gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità nell'accesso agli impieghi pubblici.

Il PIAO dell'Istituto è realizzato dalle diverse strutture impegnate nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo e le Linee Guida per la sua compilazione, pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché con la normativa vigente e con la programmazione degli IRCCS. A tal fine l'Istituto ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc con provvedimento del D.G. 1004 del 25/09/2023 aggiornato con atto D.G. nr. 1194 del 08/11/2023.

Di fatto il PIAO può essere sinteticamente così raffigurato:





1. SEZIONE

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale
Sede	Via Mariano Semmola, snc - Napoli
Codice Fiscale / P. IVA	00911350635
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico
Organi di vertice Direttore Generale Direttore Scientifico Direttore Sanitario Direttore Amministrativo	Dott. Attilio A.M. Bianchi Dott. Alfredo Budillon Dott. Maurizio di Mauro Avv.to Giovanni De Masi
Dipartimenti	11 Dipartimenti
Sito web	<u>newportal.istitutotumori.na.it</u>
PEC	<u>protocollogenerale@pec.istitutotumori.na.it</u>
URP	<u>urp@istitutotumori.na.it</u>

1.1. Costituzione, denominazione e sede legale dell'Istituto Pascale-

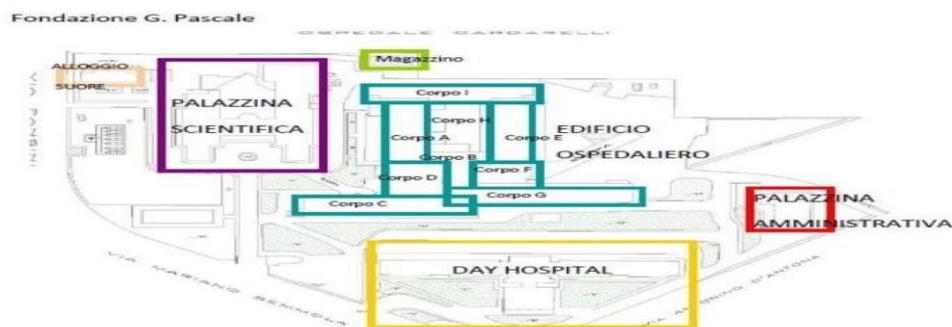
L'Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale" (d'ora innanzi anche "I.N.T. Pascale") nasce con il R.D. 19.10.1933 allorquando, grazie al lavoro del senatore del Regno, Giovanni Pascale, viene istituito l'ente morale "Opera Pia Fondazione Senatore Pascale", con sede in Napoli.

L'anno successivo, con l'approvazione dello Statuto (R.D. 27.12.1934), ha luogo la formale costituzione dell'ente. Con Decreto del Ministero degli Interni in data 11.04.1940, l'Istituto, che nell'occasione assumeva la denominazione di "Centro per la diagnosi e la cura dei tumori maligni", ottenne il riconoscimento di "Istituzione a carattere scientifico" ai sensi e per gli effetti del D.R. 30.09.1938 n. 1631 e in data 05.05.1963, con Decreto del Medico Provinciale di Napoli, la classificazione quale Ospedale Specializzato di 1° categoria. L'entrata in vigore della legge di istituzione del S.S.N., (L 23.12.1978 n. 833) e l'emanazione del D.P.R. n. 617 del 30.07.1980 consentono all'Istituto di ricevere conferma del titolo di "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico" (I.R.C.C.S.) e del suo carattere Scientifico.

L'Ente ha sede legale in Napoli, alla Via Mariano Semmola, n. 52 – C.F. 00911350635 – (figura 1.a e 1.b) e, ai sensi del combinato disposto degli artt. 3, comma 1 bis, del D.lgs. n. 502/1992, e s.m.i., e 1, comma 1, del D.lgs. 288/2003, e s.m.i., è dotato di autonomia e personalità giuridica e, secondo standards di eccellenza, persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettua prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. L'Istituto è ubicato nella zona collinare della città metropolitana di Napoli; dotato di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, nel campo dell'oncologia nonché in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Con legge 3 agosto 2022, n. 129, è stato delegato il Governo al riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) in attuazione della riforma prevista nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il legislatore ha previsto l'obiettivo, nel campo della ricerca sanitaria, della riorganizzazione di tali strutture entro il 31 dicembre 2022, al fine di assicurare la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli stessi al fine di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.



Figura 1.a Presidio G. Pascale in Via M. Semmola n. 52, Napoli



1.2. L'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale: missione, valori e obiettivi

L'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale" è il maggiore Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Oncologico del Mezzogiorno ed è Centro di Riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale. L'Ente è impegnato in una attività di ricerca innovativa, orientata a migliorare le possibilità di diagnosi e la cura dei tumori; infatti la mission istituzionale è rappresentata dall'applicazione delle migliori pratiche nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali, orientate verso livelli di eccellenza attraverso la ricerca clinica nonché l'innovazione tecnologica e gestionale.

La centralità del paziente all'interno del percorso assistenziale sostanzia il principio di riferimento per le scelte dell'Istituto, che punta su una politica di ascolto dei bisogni di salute espressi dalla comunità di riferimento. La ricerca scientifica è fortemente integrata con l'assistenza e garantisce l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura altamente qualificate. Punto di forza dell'Istituto, realizzato grazie ad un continuo scambio di informazioni tra laboratorio e clinica, è la capacità di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione alle attività di diagnosi e cura.

Principi Ispiratori:

L'IRCCS Fondazione G. Pascale programma e svolge la propria attività ispirandosi ai seguenti principi

- CENTRALITA' DEL CITTADINO
- EGUAGLIANZA dei cittadini nell'accesso alle cure ed IMPARZIALITA' nell'erogazione delle prestazioni assistenziali da parte degli operatori attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità;
- CONTINUITA' dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- DIRITTO DI SCELTA dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria ed alberghiera dell'istituto nonché sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato;
- DIRITTO DI PARTECIPAZIONE del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alle attività istituzionali nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità (affinché siano rimosse) e le eccellenze (al fine di potenziarle) contribuisca al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.
- IMPARZIALITA' degli operatori nella presa in carico del paziente;
- EFFICIENZA ED EFFICACIA del servizio:
- Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte;
- Efficacia gestionale e sociale:
 - la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
 - la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

Obiettivi:

Nella sua veste di IRCCS a carattere nazionale con compiti, obiettivi e risorse, definiti da specifici Protocolli d'intesa con la Regione, il Pascale persegue i seguenti obiettivi:

- sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito oncologico;
- potenziamento della ricerca traslazionale in ambito oncologico per la prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie neoplastiche;
- trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca, anche in ambito industriale;
- soddisfacimento delle necessità legate alle richieste territoriali di assistenza oncologica;

- sviluppo di attività formativa in ambito oncologico rivolta ai professionisti interni ed esterni e a tutte le altre categorie di operatori sanitari anche in qualità di provider nazionale per l'ECM;
- raggiungimento di livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza sempre più elevati e sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;
- conferma del proprio ruolo di punto di riferimento a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo oncologico;
- incremento di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi e gestionali che facilitino l'integrazione multidisciplinare, la continuità assistenziale e la presa in carico globale dei pazienti; • promozione della personalizzazione delle cure del malato oncologico sulla base delle caratteristiche genetiche e/o coesistenti pluripatologie;
- rafforzamento della ricerca attraverso la valorizzazione di attività volte a reperire risorse finalizzate; • collaborazione attiva con le competenti autorità regionali per lo sviluppo e il funzionamento dei Registri Tumori territoriali;
- realizzazione, ai sensi dell'art. 8, comma 7, D. Lgs. N. 288/2003, di attività di alta formazione nell'ambito dell'oncologia e dell'organizzazione ospedaliera;
- promozione e consolidamento di collaborazioni nel settore Oncologico con Enti, Istituzioni, Laboratori di ricerca italiani e stranieri, al fine di sviluppare sinergie nel campo della ricerca scientifica, della formazione, dell'assistenza;
- collaborazione con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela di utenti operanti nei campi di interesse oncologico, al fine di promuovere e realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per sviluppare sinergie finalizzate al miglioramento della qualità dell'accoglienza e delle cure, della conoscenza reciproca, al soddisfacimento dei bisogni anche non assistenziali, e della qualità percepita.

1.3. La nuova organizzazione dell'Istituto

L'intervento di riordino degli IRCCS di cui al D.lgs. n. 200 del 23.12.2022, che ha modificato ed integrato il D.lgs. n. 288 del 16.10.2003 di "... disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ...", finalizzato all'incremento della qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale, ha inteso rafforzare il raccordo tra direzione generale e direzione scientifica degli IRCCS.

Il disposto di cui al citato decreto legislativo 200/2022 ha sottolineato la necessità di procedere ad un'immediata riforma dell'assetto degli IRCCS in linea con la mission affidata agli stessi. In tale contesto normativo sia il Ministero della Salute-Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità che la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del S.S.R. hanno sollecitato tale adempimento e contestualmente, la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del S.S.R. ha invitato, comunque, i Direttori Generali di ASL, AO, AOU e IRCCS della Regione Campania ad adottare i nuovi atti aziendali in conformità a quanto disposto, in merito alla programmazione regionale, con DCA n. 103 del 28.12.2018 e s.m.i. e successiva DGRC n. 378/2020, tenendo conto dei criteri e parametri che risultano dal predetto DCA 103/2018, nonché dal DCA n. 18 del 18.02.2013.

Pertanto, l'Istituto è stato impegnato nella rimodulazione dell'organizzazione dell'I.N.T. Pascale che ha tenuto conto di alcuni fondamentali principi direttamente collegati alla sua funzione e alla sua mission e rispettosi delle particolari funzioni assegnate all'Ente sia con il DCA n. 103/2018 "Piano di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018" che con i provvedimenti regionali in materia di oncologia.

A tale scopo, l'Istituto nell'attuare tutti gli interventi organizzativo-gestionali richiesti dal citato dettato normativo ed in linea con il ruolo assunto dall'IRCCS nell'ambito:

- ♣ del coordinamento della Rete Oncologica Campana (R.O.C.);
- ♣ di centro Hub nella Rete di Terapia del Dolore per l'intero territorio regionale;
- ♣ di componente della Rete delle malattie rare e della costituenda Rete Oncologia Pediatrica con tutte le sue specialità, ha predisposto una proposta di nuovo atto aziendale con delibera del D.G. nr. 641 del 31/05/2023.

Con tale provvedimento, l'Istituto ha proposto alla Giunta Regionale della Campania una ridefinizione della struttura organizzativa al fine potenziare il nuovo orientamento diretto ad una più stretta integrazione della ricerca nei percorsi diagnostico-terapeutici.

Attuando misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università e con altri Istituti oncologici, l'Ente garantisce la circolazione delle conoscenze per assicurare al paziente i più corretti approcci assistenziali e le terapie più innovative.

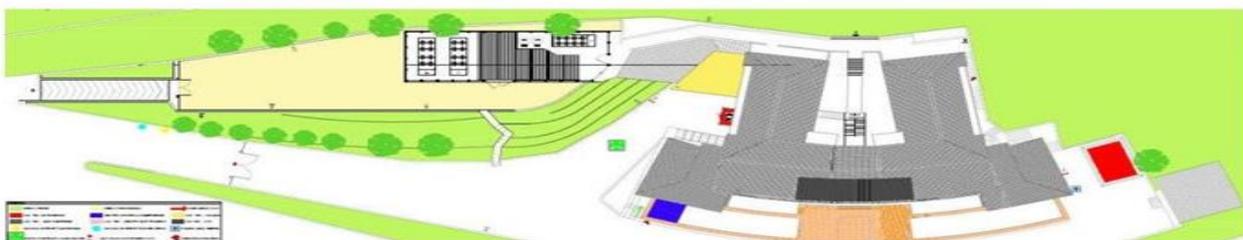
L'estensione territoriale consente di ridurre i tempi di attesa e rispondere con immediatezza alle richieste assistenziali.

1.3.1 L'articolazione territoriale dell'Istituto Fondazione G. Pascale

L'IRCCS Fondazione G. Pascale si sviluppa nella zona collinare della città Metropolitana di Napoli. Nel tempo il diffondersi delle neoplasie ha determinato un'aumento della domanda di salute e, per l'effetto, un'implementazione delle attività di ricerca scientifica. La necessità di soddisfare le predette istanze e di dare una risposta adeguata all'utenza ha richiesto nuovi spazi per l'I.N.T.

L'INT è costituito dai seguenti presidi:

- Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano (CROM) sito a Mercogliano (AV) alla Via Ammiraglio Bianco, costituito da un solo edificio (Figura 2);
- Presidio Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella n. 31, Napoli;
- P.O. Sant'Alfonso di Sant'Agata de' Goti

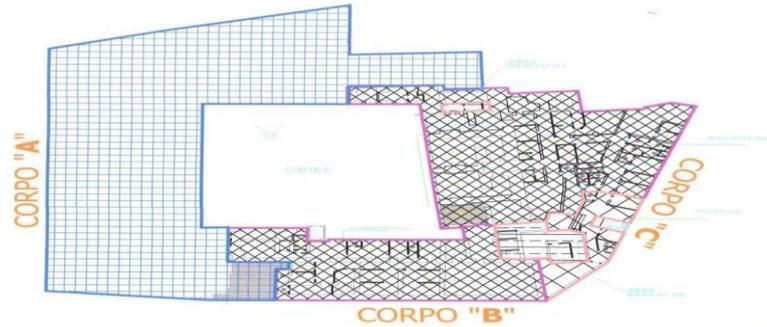


▪ Figura 2 - C.R.O.M., Via Ammiraglio Bianco, Mercogliano (AV)



Figura 3.a Presidio Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella n. 31, Napoli

Figura 3.b Piantina Presidio Ascalesi



1.3.2 Lo sviluppo territoriale dell'IRCCS Fondazione G. Pascale.

Con decreto n. 77 del 28 dicembre 2017, il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano, ha disposto l'annessione all'I.R.C.C.S Fondazione G. Pascale del P. O. "Ascalesi". Il Presidio Ospedaliero (P.O.) Ascalesi rappresenta un fabbricato storico sottoposto a stretti vincoli paesaggistici e architettonici. Dalla consegna dell'immobile risalente al mese di novembre 2018, l'Istituto ha provveduto alla verifica di vulnerabilità sismica, al rilievo geometrico complessivo, all'inquadramento del progetto antincendio, all'attivazione di un piano per ambulatori e di alcune aule per i corsi universitari in convenzione, mentre è attualmente in corso di completamento lo scavo archeologico preventivo per la nuova centrale gas medicinali interrata.

PRESIDIO OSPEDALIERO ASCALESI

Di seguito si riportano in dettaglio i principali interventi attuati e programmati relativi predetto nosocomio finalizzati non solo ad assicurare una dislocazione delle attività ambulatoriale ma anche a focalizzare nuove e diverse prestazioni assistenziali che di seguito si riportano.

Nuova Radioterapia

L'intervento è stato finanziato dalla Regione Campania nell'ambito del DM Salute del 6/12/2017 "Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni del mezzogiorno DGR N° 187 del 21/04/2020.

È stata prevista l'installazione di n. 2 apparecchiature di ultima generazione individuate come Cyberknife e Tomoterapia Elicoidale Radixact X9.

Terapia Intensiva e Day Surgery con posti letto

L'intervento è incluso nel piano approvato con DGR n°378/2020 per adeguare il numero dei posti letto di terapia intensiva per fronteggiare il piano pandemico. L'istituto ha attivato un accordo quadro aggiudicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Commissario Straordinario per la progettazione e successiva realizzazione. A seguito di richiesta di rimodulazione è stata prevista anche un'area Day Surgery: i lavori avranno una durata di 12/24 mesi.

Centrali Tecnologiche e Nuovi Impianto Gas Medicali

L'intervento prevede la manutenzione straordinaria delle centrali a servizio dei reparti di oncologia ed è stato finanziato nell'ambito dell'art. 20 III fase 1° stralcio. Inoltre è prevista la realizzazione di una centrale per i gas medicinali composta da una parte interrata per ospitare un serbatoio per l'ossigeno liquido e dagli impianti atti a garantire la sicurezza. Trattandosi di sito di interesse archeologico è stato necessario prevedere uno scavo preventivo con la sorveglianza della Soprintendenza.

Creazione di ecosistemi dell'innovazione

L'intervento prevede l'adeguamento dei piani 3-4 del corpo A e 4-5 del corpo B, destinandoli a laboratori e uffici, nonché del nuovo polo didattico dell'istituto. La fonte di finanziamento è stata individuata nei fondi di coesione la cui ammissione è ancora da essere perfezionata.

HUB per la rete di terapia del dolore

L'intervento prevede la ristrutturazione e l'adeguamento funzionale della struttura. L'obiettivo è realizzare 10-15 posti letto per malati oncologici terminali, che, nell'ambito dell'Ascalesi possono trovare cure palliative e cure in emergenza.

PPP nuova Medicina Nucleare

L'intervento proposto dal promotore privato prevede di realizzare una moderna ed efficiente Medicina Nucleare fornendo apparecchiature e personale onde garantire un numero di prestazioni sanitarie diagnostiche (Pet-TAC con contrasto o senza) stimate in circa 4500 all'anno. L'Istituto metterà a disposizione del promotore un'area di circa 500 mq.

Relativamente alle attività assistenziali, da maggio 2020, pur se in piena pandemia, si è cominciato con l'avviare un Poliambulatorio oncologico connesso con la Rete Oncologica Regionale, ottenendo due risultati immediati, con il pieno favore dell'utenza:

- consentire visite oncologiche all'utenza del Centro storico della Città;
- ridurre l'assembramento negli ambulatori della sede Pascale, fondamentale, nel periodo, per la riduzione del rischio COVID.

Nel 2021 poi, sono stati ulteriormente ampliati gli spazi ambulatoriali, con nuove branche assistenziali, ed è stata avviata anche la UOC di Medicina Riabilitativa Oncologica, con ambulatori e palestra attrezzata.

Dal 2022 invece, a seguito dei complessi lavori di ristrutturazione "entrati nel vivo" per la Palazzina Scientifica della sede centrale di Via Mariano Semmola, si è deciso di ospitare nella sede decentrata un Polo Didattico delle Università Federico II° e Vanvitelli, relativamente ai Corsi di Laurea per le Professioni Infermieristiche (per Infermieri, Tecnici di Laboratori e Tecnici di Radiologia), presso aule, anch'esse ristrutturate, del Presidio, dotandole di arredi e attrezzature informatiche atte allo scopo.

A fine 2022, ancora, si è prodotto un massiccio nuovo investimento, assegnando spazi ambulatoriali anche alla UOC di Dermatologia, presenti da quel momento solo nella sede decentrata.

Attività Ambulatoriali

Le attività ambulatoriali, svolte sotto l'egida della Direzione Medica di Presidio, sono erogate sia presso la sede centrale dell'Istituto che presso il P.O. Ascalesi dal lunedì a venerdì, a rotazione, nel mentre quelle delle SS.CC. di Medicina Riabilitativa Oncologica e di Dermatologia Oncologica sono erogate tutti i giorni presso il PO Ascalesi.

L'afflusso dell'utenza presso l'Ascalesi ha fatto registrare, nel tempo, una progressiva e costante crescita, favorita sia dalla collocazione nel centro della città in zona ad altissima densità abitativa che dalla sua ubicazione vicinissima alla Stazione Centrale di Piazza Garibaldi e ai principali assi viari di grande comunicazione.

Questa crescita ha contribuito a:

- ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali: ridurre la pressione dell'utenza sulla sede centrale, soprattutto nella rischiosa fase pandemica

- fornire, anche nel corso dell'emergenza pandemica da SARS-CoV2, riscontri al bisogno assistenziale in ambito oncologico, anch'esso sempre crescente, attestando le percentuali di attività su numeri sensibilmente migliori di quelli fatti registrare a livello nazionale.

In particolare, un primo grosso investimento della Direzione Strategica dell'IRCCS Pascale ha riguardato l'acquisizione del VECTRA WB360 3D – destinato alla S.C. di Oncologia Medica del Melanoma che rappresenta l'evoluzione della videodermatoscopia digitale più avanzata. È il primo sistema di screening simultaneo di tutte le neoformazioni o lesioni della cute.

Attività di Medicina Riabilitativa Oncologica. Attività di Radioterapia

L'allocazione di questa attività nel Presidio consente ai pazienti, con necessità di recupero funzionale post intervento chirurgico oncologico, di proseguire tale percorso terapeutico in ambienti più ampi ed ariosi, meglio distribuiti rispetto alla sede centrale, con nuove attrezzature all'avanguardia e raggiungibile, data l'ubicazione, senza problemi da tutto il territorio provinciale ed oltre, incontrando così i favori dell'utenza.

Invece, i trattamenti radioterapici vengono eseguiti in ambito ambulatoriale. Si procede con i nuovi acceleratori lineari presenti all'erogazione di dosi di radiazioni, superiori a quelle abitualmente utilizzate con la radioterapia convenzionale, somministrate però con estrema sicurezza e precisione. Una Radioterapia pubblica nel cuore di Napoli configura un'offerta di prossimità cui l'elevatissimo livello tecnologico aggiunge ulteriore valore.

Polo Didattico

La scelta di localizzare un Polo didattico al P.O. Ascalesi ha offerto aspetti importanti.

Premesso che i lavori in atto nella sede centrale ne imponevano l'allontanamento da essa per carenza di spazi e rappresentavano anche un serio ostacolo per una normale didattica, all'Ascalesi, invece, gli studenti godono ora di spazi anche esterni sufficienti per una sana e valida socializzazione, contribuendo, perché no, anche a dare una connotazione giovanile ad una struttura antica come l'Ascalesi.

Inoltre possono ricevere lezioni frontali in aule, magari non ampie, come invece è previsto per il futuro ai piani superiori una volta ristrutturati, ma certo dotate di arredi e attrezzature tecnologiche adeguate. Non ultimo, il più comodo raggiungimento con treni o metropolitane o bus pubblici della struttura rispetto alla sede precedente nella caotica zona ospedaliera.

Gli altri interventi già deliberati con i quali l'istituto intende procedere progressivamente alla ristrutturazione complessiva prevedono l'installazione di n. 2 apparecchiature di ultima generazione Cyberknife e Tomoterapia Elicoidale Radixact X nonché

- a) 4 posti di Terapia intensiva e day surgery con 3 posti letto DGR n°378/2020;
- b) Lavori di ristrutturazione reparti di oncologia. lotto centrali tecnologiche;
- c) Realizzazione di nuovi impianti medicali al servizio del complesso ospedaliero Ascalesi - scavo archeologico
- d) Riqualificazione e rifunzionalizzazione di siti per la creazione di ecosistemi dell'innovazione del mezzogiorno sui fondi di coesione;
- e) Rifacimento impianti e acquisizione di nuove tecnologie per la realizzazione di un centro HUB per la rete di terapia del dolore;
- f) Nuova Medicina Nucleare mediante PPP (in corso formale approvazione).

Il CROM di Mercogliano

La costituzione e la gestione del Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano è affidata all'IRCCS Istituto Nazionale Tumori (INT) "Fondazione G. Pascale" di Napoli (deliberazione n.1630 del 13/10/2006 della Regione Campania) in esito ad un protocollo d'intesa regola i rapporti tra Regione Campania, Provincia di Avellino e Istituto Tumori di Napoli all'INT.

La proprietà del cespite è della Provincia di Avellino che lo ha concesso in uso gratuito novantanovenale all'INT, a cui, a sua volta, è stato donato dalla famiglia Malzoni; inoltre, per l'impegno profuso nella ideazione, realizzazione e difesa del progetto, il CROM è dedicato al dr. Fiorentino Lo Vuolo, nota personalità irpina della Sanità pubblica. Ha caratteri di unicità e grande valenza, e si propone quale struttura di raccordo, strutturale e virtuale, capace di stabilire, nel rispetto della programmazione regionale, stretti collegamenti e sinergie con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, e con le Università, al fine di elaborare e attuare programmi comuni. Presso i Laboratori della struttura di Mercogliano (CROM) che hanno ottenuto anch'essi l'estensione del carattere Scientifico nel 2018, e, come per il presidio di Napoli, la certificazione ISO9001-2018, nel corso del 2022, si svolge attività di ricerca traslazionale con piattaforme di altissima tecnologia ed in particolare attività di:

- ricerca, prettamente in farmacologia molecolare oncologica pre-clinica
- formazione
- trasferimento tecnologico

P.O. Sant'Alfonso di Sant'Agata de' Goti

Dopo i laboratori aperti al CROM di Mercogliano e gli ambulatori del P.O. Ascalesi, l'IRCCS Fondazione G. Pascale è giunto anche nella provincia di Benevento, per la prevenzione e la cura delle neoplasie della pelle. Muovendo gli operatori sanitari e non i pazienti, l'Istituto attualmente procede a visite dermatologiche nonché a primi interventi in day surgery presso il P.O. Sant'Alfonso di Sant'Agata de' Goti dell'AORN San Pio di Benevento.

Infatti, nella prospettiva di ampliare e potenziare le attività oncologiche sul territorio, infatti, la Regione Campania con DGRC n. 288 del 16.05.2023, ad integrazione di quanto previsto dal DCA n. 103/2018, ha messo a disposizione dell'Istituto ulteriori spazi da dedicare all'assistenza destinando l'intero secondo piano del P.O. Sant'Alfonso di Sant'Agata de' Goti, con la dotazione di n. 24 posti letto, da utilizzare direttamente dall'I.N.T. IRCCS "Fondazione G. Pascale" per attività oncologiche, chirurgiche e cliniche.

Inoltre, per migliorare le aspettative degli utenti, l'Istituto è impegnato a decongestionare l'accesso al Rione Alto anche attraverso un programmato spostamento di alcuni uffici amministrativi nell'ottica di un miglioramento della qualità del servizio erogato.

Inoltre, il provvedimento regionale in argomento, nel dare atto che i citati posti letto faranno carico all'I.N.T. Pascale in quanto attinti tra quelli previsti dal DCA n. 103/2018 per il P.O. Ascalesi, ricompreso nel predetto IRCCS, ha onerato entrambi le parti alla stipula di un apposito Accordo Interaziendale finalizzato alla disciplina degli insorgenti rapporti.

In relazione a quanto sopra, l'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale, con provvedimento del D.G. nr. 944 del 30/08/2023 ha presso atto di quanto disposto dalla Giunta della Regione Campania e contestualmente ha provveduto ad individuare nella persona del Direttore Sanitario dell'Istituto, dr. Maurizio di Mauro, il Coordinatore del Gruppo di Lavoro aziendale che, interfacciandosi con il RUP nominato dall'AORN San Pio, sarà impegnato nella predisposizione del citato Accordo Interaziendale che dovrà disciplinare gli insorgenti rapporti tra le parti, secondo quanto indicato al provvedimento regionale.

Figura 3.c P.O. Sant'Alfonso di Sant'Agata de' Goti



1.4 DATI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE dell'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale

Si riportano all'attenzione i dati relativi all'attività assistenziali cristallizzati al 31/12/2022 conformemente a quanto già rilevato nel bilancio consuntivo aziendale di cui alla delibera del D.G nr. 1018 del 25/09/2023. Il dato di tendenza di variazione delle attività è presente proprio con riferimento all'anno 2022 rispetto all'anno 2021, ma estendendo gli anni dell'analisi si verifica che le attività di ricovero dell'anno 2022 sono nell'andamento medio, superiori a quelle degli anni 2019 e 2020 (vedasi Tabella Ricoveri Ordinari). Infatti, l'attività di ricovero dell'anno 2022 seppur inferiori rispetto a quelle dell'anno 2021 si assestano sui livelli medi degli anni 2019 e 2020.

La dotazione di posti letto dell'Istituto Pascale nell'anno 2022 è stata di 258 posti letto complessivi distinti in 177 posti letto per i ricoveri in regime ordinario e 81 posti letto per il regime di Day Hospital, con un lieve incremento rispetto agli anni precedenti.

RICOVERI OSPEDALIERI

La dotazione di posti letto dell'Istituto Pascale nell'anno 2021 è stata di 258 posti letto complessivi di cui:
-177 posti letto per i ricoveri in regime ordinario;
-81 posti letto per il regime di day hospital.

RICOVERI ORDINARI

I dati di attività per singola Unità Operativa e nel complesso sono riportati nell'allegata Tabella Ricoveri ordinari, nel cui commento necessita sottolineare come tutti i gli indicatori di attività, quantitativi e qualitativi, sono diversificati nel 2022 rispetto all'anno 2021.

Difatti i **ricoveri Ordinari** sono stati 7.729 nel 2022, nell'anno 2021 sono stati 8.211, nel 2020 sono stati 7.575, nel 2019 sono stati 7475.

La riduzione riguarda i soli ricoveri chirurgici che nel 2022 sono stati 3.988, nel 2021 sono stati 4.553, ma nel 2020 la produzione chirurgica si è attestata a 3.971 ricoveri e nel 2019 a 3.751 ricoveri.

Tuttavia nell'anno in esame la percentuale di ricoveri chirurgici si è riportata intorno al 52% della casistica complessiva, valori bassi in assoluto ed in comparazione con strutture simili, che riconferma una preponderante vocazione clinica dell'Istituto.

Per il resto la produzione di ricoveri ordinari si attesta su valori simili rispetto agli anni 2019 e 2020; e questa considerazione si estende a tutti gli altri indicatori di performance che per la maggior parte risultano anche migliorati (vedi rimborsi, degenza preoperatoria, indice ARI) .

Il tasso di occupazione dei posti letto è aumentato ma permane ancora su valori inferiori all'atteso, in conseguenza di caratteristiche funzionali ed organizzative dell'Istituto.

Difatti, la funzione assistenziale del pronto soccorso non è presente nell'Istituto e l'assetto organizzativo è stato finalizzato a ridurre la permanenza del malato oncologico in ospedale soprattutto nei giorni festivi e prefestivi; questa scelta organizzativa comporta di converso una riduzione delle presenze in ricovero e quindi un ridotto tasso di utilizzo dei posti letto.

DATI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE

Si riportano all'attenzione i dati relativi all'attività assistenziali cristallizzati al 31/12/2022 conformemente a quanto rilevato nel bilancio consuntivo aziendale di cui alla delibera del D.G nr. 1018 del 25/09/2023.

Il dato di tendenza di variazione delle attività è presente proprio con riferimento all'anno 2022 rispetto all'anno 2021, ma estendendo gli anni dell'analisi si verifica che le attività di ricovero dell'anno 2022 sono nell'andamento medio, superiori a quelle degli anni 2019 e 2020 (vedasi Tabella Ricoveri Ordinari).

Infatti, l'attività di ricovero dell'anno 2022 seppur inferiori rispetto a quelle dell'anno 2021 si assestano sui livelli medi degli anni 2019 e 2020.

La dotazione di posti letto dell'Istituto Pascale nell'anno 2022 è stata di 258 posti letto complessivi distinti in 177 posti letto per i ricoveri in regime ordinario e 81 posti letto per il regime di Day Hospital, con un lieve incremento rispetto agli anni precedenti.

RICOVERI OSPEDALIERI

La dotazione di posti letto dell'Istituto Pascale nell'anno 2021 è stata di 258 posti letto complessivi di cui:

-177 posti letto per i ricoveri in regime ordinario;

-81 posti letto per il regime di day hospital.

RICOVERI ORDINARI

I dati di attività per singola Unità Operativa e nel complesso sono riportati nell'allegata Tabella Ricoveri ordinari, nel cui commento necessita sottolineare come tutti i gli indicatori di attività, quantitativi e qualitativi, sono diversificati nel 2022 rispetto all'anno 2021.

Difatti i **ricoveri Ordinari** sono stati 7.729 nel 2022, nell'anno 2021 sono stati 8.211, nel 2020 sono stati 7.575, nel 2019 sono stati 7475.

La riduzione riguarda i soli ricoveri chirurgici che nel 2022 sono stati 3.988, nel 2021 sono stati 4.553, ma nel 2020 la produzione chirurgica si è attestata a 3.971 ricoveri e nel 2019 a 3.751 ricoveri.

Tuttavia nell'anno in esame la percentuale di ricoveri chirurgici si è riportata intorno al 52% della casistica complessiva, valori bassi in assoluto ed in comparazione con strutture simili, che riconferma una preponderante vocazione clinica dell'Istituto.

Per il resto la produzione di ricoveri ordinari si attesta su valori simili rispetto agli anni 2019 e 2020; e questa considerazione si estende a tutti gli altri indicatori di performance che per la maggior parte risultano anche migliorati (vedi rimborsi, degenza preoperatoria, indice ARI) .

Il tasso di occupazione dei posti letto è aumentato ma permane ancora su valori inferiori all'atteso, in conseguenza di caratteristiche funzionali ed organizzative dell'Istituto.

Difatti, la funzione assistenziale del pronto soccorso non è presente nell'Istituto e l'assetto organizzativo è stato finalizzato a ridurre la permanenza del malato oncologico in ospedale soprattutto nei giorni festivi e prefestivi; questa scelta organizzativa comporta di converso una riduzione delle presenze in ricovero e quindi un ridotto tasso di utilizzo dei posti letto.



ISTITUTO TUMORI DI NAPOLI		RICOVERI ORDINARI																																
Riepilogo Attività Svolte con P.L. derivati		Periodi Anni 2019-2020-2021-2022																																
DIP	Id. COO.	Descrizione III.CO.	Posti Letto				Numero dimessi				Giornate di deg.				Degenza media				T. Occup.				Rimborso											
			2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022												
Dip. Servizi Oncologici del Dipartimento di Chirurgia Oncologica	1.1	0886	Chirurgia Oncologica Epato-Biliare	5	7	8	8	207	206	253	231	1608	1632	1.801	1.562	7,8	8,0	7,1	6,8	88%	88%	88%	88%	53%	53%	53%	53%	1.921.673	€	1.916.766	€	2.200.069	€	1.738.161
	1.2	0807	Chir. Onc. Colon-Retto	16	14	13	12	577	497	481	473	4.255	4.095	4.102	3.893	7,4	8,1	8,6	8,2	79%	79%	79%	79%	89%	89%	89%	89%	3.862.472	€	3.745.667	€	3.580.300	€	3.409.033
	1.2.1	5801	Gastromet. ed Endosc. Diagn. e Operativa	2	2	2	3	189	270	230	154	449	603	747	468	2,3	2,2	3,3	3,0	61%	63%	102%	48%	48%	48%	48%	472.320	€	765.676	€	579.111	€	323.761	
	1.2.2	0808	Chir. Onc. Gastro-Peritoneo	5	5	5	5	104	98	112	105	1.111	1.104	1.124	1.042	10,7	12,3	10,9	9,9	61%	66%	67%	57%	57%	57%	57%	678.476	€	894.777	€	1.079.582	€	973.570	
Dip. Oncologia Medica	1.3	6451	Onc. Clin. Sper. Abdominale	12	12	12	12	743	630	599	607	2.793	2.446	2.953	2.534	3,7	3,9	4,9	4,2	83%	56%	67%	38%	38%	38%	38%	2.304.195	€	2.381.286	€	2.349.234	€	2.454.279	
	1.3.1	6453	Ter. Innov. nelle Metast. Epatiche	3	2	3	3	242	314	315	295	674	805	894	833	2,8	2,6	2,8	2,9	62%	110%	82%	78%	78%	78%	78%	994.481	€	1.193.569	€	1.210.933	€	1.082.322	
	2.2	3801	Oncologia Oncologica	6	6	6	5	175	134	176	152	955	802	940	940	5,5	6,0	5,3	6,2	44%	37%	48%	32%	32%	32%	32%	788.063	€	628.714	€	782.239	€	687.087	
Dip. Oncologia Medica	2.3	6801	Ematologia Oncol. e Trapianti	18	16	16	18	647	599	587	584	635	549	582	563	9,7	9,0	10,0	10,0	95%	93%	101%	88%	88%	88%	88%	6.487.990	€	5.622.956	€	5.456.895	€	5.025.106	
	2.4	6407	Onc. Clin. Sper. dei Seno	3	2	3	4	226	264	266	289	392	736	1.099	1.093	2,6	2,8	4,1	3,8	54%	101%	108%	75%	75%	75%	75%	427.111	€	532.556	€	592.005	€	595.932	
	3.1	0901	Chir. Onc. Melanoma-Tum. cutanei	8	7	7	7	566	568	639	664	1.675	1.708	1.946	1.916	3,0	3,0	3,1	2,9	57%	67%	76%	76%	75%	75%	75%	2.179.106	€	2.076.029	€	2.998.831	€	3.351.305	
	3.2	6101	Med. Nucl. e Ter. Metabolica	3	6	7	6	488	519	584	631	895	886	952	1.004	1,7	1,7	1,7	1,6	77%	40%	37%	46%	46%	46%	46%	568.066	€	598.425	€	618.803	€	636.949	
Dip. Servizi Oncologici	3.3	6404	Onc. Clin. Sper. Immunoc. e Ter. Innovative	4	2	2	4	204	123	142	149	94	603	817	968	4,5	4,9	5,8	6,5	63%	83%	112%	66%	66%	66%	66%	590.687	€	351.389	€	474.148	€	498.896	
	4.0.1	0851	Chir. Oncoplastica Ricostruttiva	1	2	2	2	98	100	108	96	450	420	481	374	4,6	4,2	4,5	3,9	123%	58%	68%	51%	51%	51%	51%	316.004	€	313.454	€	381.666	€	300.407	
	4.0.2	4902	Terapia Invasiva	6	6	6	6	43	45	48	38	495	955	588	693	11,5	12,2	12,3	12,2	23%	44%	27%	32%	32%	32%	32%	315.749	€	708.416	€	451.148	€	353.011	
	5.1	1001	Chirurgia Maxillo-Facciale - ORL	11	10	10	11	383	422	388	384	2.946	2.946	2.983	2.983	6,2	5,9	5,2	7,8	39%	68%	81%	74%	74%	74%	74%	1.454.150	€	1.809.623	€	2.244.773	€	1.589.721	
Dip. Servizi Oncologici del Dipartimento di Oncologia Medica	5.2	0805	Chir. Onc. della Tireoide	2	4	4	4	134	161	185	196	598	689	688	688	3,8	4,0	3,7	3,2	70%	44%	47%	44%	44%	44%	44%	446.005	€	532.856	€	620.341	€	662.563	
	5.3	0853	Chirurgia Venereo-Metastatica nel trattamento del dolore	2	3	3	2	62	54	91	46	322	332	265	160	5,2	6,1	2,9	3,5	44%	30%	24%	22%	22%	22%	22%	248.007	€	200.020	€	330.620	€	117.456	
	5.4	6406	Onc. Clin. Sper. Teste Collo e Mias-Scheel	3	2	2	2	12	9	36	69	81	38	474	431	6,8	6,4	8,5	6,3	7%	8%	65%	39%	39%	39%	26.273	€	27.058	€	146.492	€	192.867		
	6.1	1301	Chirurgia Toracica	12	10	10	10	151	152	225	317	1.439	1.348	1.555	2.288	9,5	8,9	6,0	7,2	33%	37%	37%	63%	63%	63%	63%	929.418	€	1.033.324	€	1.424.867	€	2.257.338	
Dip. Servizi Oncologici del Dipartimento di Oncologia Medica	6.2	0801	Chirurgia Onc. di Senologia	16	16	16	12	525	519	534	452	2.779	2.175	2.445	2.055	5,3	4,2	4,2	4,6	48%	37%	38%	47%	47%	47%	47%	1.465.839	€	1.408.100	€	1.551.927	€	1.301.066	
	6.3	6403	Onc. Clinica Sper. di Senologia	9	8	8	8	222	245	253	324	1.762	2.362	2.666	3.124	7,9	9,6	11,3	9,6	54%	81%	98%	107%	107%	107%	813.612	€	923.694	€	950.843	€	1.239.343		
	6.4	6408	Oncologia Clinica Sperimentale e Toraco-Polmonare	4	4	4	5	209	237	250	163	1.165	1.310	1.713	1.105	5,6	5,5	6,9	7,4	80%	90%	118%	66%	66%	66%	66%	851.113	€	989.555	€	1.033.608	€	636.649	
	7.1	3701	Ginecologia Oncologica	9	10	10	10	251	273	328	227	1.994	2.083	2.481	1.946	7,8	7,7	7,6	8,1	80%	57%	68%	51%	51%	51%	51%	1.064.459	€	1.291.788	€	1.539.738	€	1.016.127	
Dip. Servizi Oncologici del Dipartimento di Oncologia Medica	7.2	4301	Urologia Oncologica	10	14	14	17	757	883	955	790	3.133	3.443	3.663	3.933	4,1	3,9	4,2	5,0	66%	67%	76%	64%	64%	64%	64%	3.674.967	€	4.652.129	€	5.063.917	€	4.159.707	
	7.3	6405	Onc. Clinica Sper. Uro-Ginec.	6	4	4	4	244	242	275	313	1.177	1.195	1.257	1.312	4,8	4,9	4,6	4,2	54%	82%	88%	90%	90%	90%	90%	726.140	€	923.372	€	973.580	€	981.969	
	7.4	6452	Onc. Clin. Sper. Uro-Andrologica	3	0	0	0	16	1	1	0	40	2	0	0	2,5	2,0	0	0	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	47.315	€	2.465	€	0	€	0	
	TOTALE ISTITUTO			179	174	179	180	7.415	7.575	8.211	7.729	39.780	39.277	44.626	42.993	5,3	5,2	5,4	5,6	61%	61%	63%	68%	68%	68%	68%	68%	33.509.624	€	35.509.624	€	38.255.530	€	35.534.794



ISTITUTO TUMORI DI NAPOLI		RICOVERI ORDINARI																								
Riepilogo Attività Svolte con P.L. derivati																										
Periodi Anni 2019-2020-2021-2022		Rimborso medio caso				Peso medio				% Deg.Chr.				Ricoveri/Chirurgia				deg.presp. (Rel < 1+9g)				indice AMI (Rel <= 1.15)				
DP	Id COD.	Descrizione UNICO.	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Dip. Pessoni Oncologici del Dipartimento	1.1	085	933	935	866	752	2,56	2,38	2,44	2,17	84	84	81	71	173	172	206	165	1,3	1,4	1,4	0,9	0,07	0,04	0,06	0,06
	1.2	087	6694	7537	7443	7207	1,90	2,08	2,02	1,97	78	91	87	85	451	452	420	402	1,0	0,9	0,7	0,6	0,06	0,03	0,05	0,04
	1.2.1	5801	2499	2638	2518	2102	0,96	0,99	0,90	0,83	3	6	5	3	6	15	11	5					0,48	0,34	0,46	0,66
	1.2.2	088	6324	9130	9369	9272	2,05	2,61	2,76	2,72	74	89	90	85	77	87	101	89	1,7	1,6	1,3	1,2	0,21	0,04	0,02	0,01
Dip. Oncologia Oncologia Medica e Oncologia Chirurgica	1.3	6451	3101	3780	3322	4.048	1.09	1,25	1,26	1,30	1	2	2	3	6	10	9	17					0,08	0,05	0,05	0,05
	1.3.1	6453	3861	3798	3.844	3.670	1,23	1,25	1,27	1,22	0	1	1	2	0	2	2	5					0,04	0,06	0,03	0,06
	1.3.2	3801	4389	4691	4.445	4.520	1,34	1,45	1,44	1,42	93	98	97	90	163	131	171	137	1,7	2,1	1,5	1,8	0,19	0,12	0,16	0,15
	1.3.3	6801	10028	9387	9.286	8.910	2,89	2,72	2,69	2,60	20	19	17	12	129	116	97	70					0,73	0,70	0,71	0,67
Dip. Oncologia Oncologia Medica e Oncologia Chirurgica	2.4	6407	1846	2017	2.226	2.062	0,90	0,88	0,85	0,83	4	5	1	4	10	13	3	11					0,10	0,13	0,06	0,13
	3.1	0801	3830	3655	4.224	4.697	1,38	1,33	1,48	1,63	91	90	97	98	521	510	618	633	1,1	1,1	1,0	1,2	0,33	0,39	0,38	0,35
	3.2	6101	1164	1107	1.097	1.009	0,88	0,88	0,88	0,88	0	0	0	0	0	0	0	0					0,00	0,00	0,00	0,00
	3.3	6404	2896	2657	3.340	3.080	1,14	1,02	1,13	1,06	10	6	9	17	20	7	13	26					0,08	0,13	0,05	0,15
Dip. Servizi Diagnostici	4.0.1	0851	3225	3155	3.073	3.129	1,28	1,28	1,20	1,21	91	96	90	89	89	96	97	85	1,7	1,0	0,8	1,0	1,00	1,00	1,00	0,88
	4.0.2	4801	7343	15743	9.989	9.250	2,16	3,87	2,67	2,60	44	60	52	45	19	27	15	17					0,05	0,00	0,04	0,06
Dip. Pessoni Oncologici del Dipartimento	5.1	1001	3797	4288	3.952	4.140	1,35	1,48	1,36	1,40	83	89	92	88	316	377	521	388	1,8	0,4	0,8	0,7	0,68	0,70	0,38	0,51
	5.2	085	3328	3310	3.353	3.380	1,00	1,00	1,00	1,02	99	94	99	98	132	152	183	193	0,5	0,6	0,6	0,5	0,00	0,03	0,01	0,02
	5.3	0853	4000	3704	3.594	2.553	1,23	1,19	1,25	0,99	63	56	70	43	39	30	64	20	1,6	3,1	1,5	0,6	0,02	0,00	0,01	0,02
	5.4	6405	2189	3006	2.616	2.795	0,91	0,89	0,94	1,00	8	0	30	29	1	0	17	20					0,57	0,00	0,96	0,53
Dip. Pessoni Oncologici del Dipartimento	6.1	1301	6155	6798	6.331	7.456	1,87	1,97	1,90	2,12	78	90	93	96	118	137	210	304	2,3	2,6	1,8	1,3	0,06	0,08	0,08	0,04
	6.2	0801	2792	2713	2.906	2.878	1,00	1,01	1,05	1,04	95	93	98	96	497	485	531	644	2,4	2,0	1,5	1,6	0,05	0,02	0,02	0,03
	6.3	6403	3665	3770	3.738	3.825	1,18	1,19	1,18	1,23	7	8	9	6	15	20	22	20					0,03	0,05	0,01	0,02
	6.4	6408	4073	4175	4.014	3.906	1,33	1,34	1,30	1,26	11	8	7	9	24	19	17	15					0,07	0,05	0,06	0,08
Dip. Pessoni Oncologici del Dipartimento	7.1	3701	4341	4732	4.694	4.432	1,33	1,46	1,47	1,34	83	89	94	90	209	244	307	285	2,1	2,4	2,3	2,6	0,13	0,11	0,09	0,09
	7.2	4801	4855	5269	5.475	5.626	1,50	1,58	1,58	1,53	93	93	94	91	704	824	872	721	1,1	1,1	1,2	1,3	0,04	0,04	0,04	0,07
	7.3	6405	2976	3816	3.540	3.137	1,00	1,24	1,16	1,09	12	19	17	12	29	45	47	39					0,14	0,06	0,16	0,13
	7.4	6452	2958	2465			0,92	0,77			19	0	0	0	3	0	0	0					0,07	0,00		
TOTALE ISTITUTO			4.490	4.688	4.658	4.597	1,46	1,50	1,48	1,47	50	52	55	52	3751	3971	4553	3988	1,74	1,54	1,41	1,39	0,17	0,15	0,14	0,12



DAY HOSPITAL

Le attività in day hospital sono illustrate nella Tabella DH.

Il dato dei **day hospital** è sostanzialmente stabile nel corso degli anni esaminati.

I ricoveri mostrano trend in riduzione ma gli accessi sono in costante aumento: aumentano gli accessi per le chemioterapie.

I ricoveri chirurgici mostrano variazioni annuali (1.517 nell'anno 2019, 619 nell'anno 2020, 797 nell'anno 2021 e 701 nell'anno 2022) nelle diverse unità operative.

ISTITUTO TUMORI DI NAPOLI		RICOVERI DAY HOSPITAL																															
Riepilogo Attività Soltite con P.L. derivati		Periodi Anni 2019-2020-2021-2022		post letto				ricoveri				accessi				TA, %*				% DIC Clin.				Rimborso									
OP	M. COD.	Descrizione UO/UO.	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022			
Dip. Presidi Oncologia del Centro Adottato	1.1	1898	Chirurgia Oncologica Epato-Gastroenterologica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	1.2	1897	Onco. Clin. Colon-Retto	1	1	1	1	32	11	15	20	32	11	15	20	19%	4%	10%	8%	69	82	44	40	€ 24.31	€ 17.05	€ 17.05	€	13.388					
	1.1.1	1901	Scambio ed. Colon, Chaga e Operativa	2	2	2	2	30	45	30	49	145	107	63	107	14%	10%	8%	107%	1	0	0	0	€ 188.794	€ 188.794	€ 188.794	€	106.198					
	1.2.1	1898	Onco. Clin. Gastro-Enterica	0	0	0	0	1												100				€ 1.111									
Dip. Oncologia Oncologia	1.3	1851	Onco. Clin. Spec. Adrenale	10	11	14	14	53	54	64	64	485	549	623	634	8%	9%	11%	9%	0	0	0	0	€ 1.773.201	€ 1.300.794	€ 1.300.794	€	2.316.996					
	1.3.1	1853	Ter. Innov. nelle Metast. Epatiche	1	4	4	4	105	212	226	219	193	1829	1719	1980	37%	32%	36%	194%	0	0	0	0	€ 886.761	€ 601.857	€ 658.002	€	993.810					
	2.2	1801	Oncologia Oncologica	1	1	1	1	89	71	98	92	92	71	98	92	37%	28%	39%	37%	99	92	95	97	€ 171.638	€ 121.467	€ 167.756	€	151.612					
	2.3	1802	Ematologia Oncol. e Rigenerati	10	8	8	9	336	397	465	410	370	3829	4383	4380	75%	95%	102%	105%	1	0	2	1	€ 1.952.580	€ 1.957.367	€ 1.426.407	€	1.482.194					
Dip. Oncologia Oncologia	2.4	1807	Onco. Clin. Spec. dei Sarcomi	1	2	2	2	75	90	79	83	339	661	671	739	107%	66%	67%	73%	0	0	0	0	€ 397.989	€ 332.712	€ 344.782	€	367.902					
	3.1	1802	Onco. Clin. Melanoma-Tum. cutanei	2	0	0	1	716								34%				95	14			€ 1.182.650	€ 227.761	€	32.950						
	3.2	1811	Med. Nut. e Ter. Metabolica	3	0	0	1																										
	3.3	1804	Onco. Clin. Spec. Immunol. e Ter. Immunol.	6	11	11	12	54	63	69	60	563	535	547	545	18%	18%	9%	9%	0	0	0	0	€ 1.665.303	€ 1.947.807	€ 2.029.454	€	2.002.940					
Dip. Oncologia Oncologia	4.0.1	1851	Onco. Oncopatia Ricostitutiva	1	1	1	1	170	154	150	132	170	154	150	132	88%	63%	60%	53%	92	95	93	99	€ 277.847	€ 255.163	€ 247.954	€	228.666					
	4.0.2	1892	Terapia Invasiva	0	0	0	0																										
	5.1	1801	Chirurgia Mallo. Pectore - OUL	1	1	1	1	113	93	78	129	119	93	78	129	47%	37%	31%	23%	72	62	81	77	€ 137.462	€ 101.086	€ 103.537	€	163.961					
	5.2	1895	Onco. Clin. della Tiroide	1	0	0	0																										
Dip. Presidi Oncologia del Centro Oncologico	5.3	1853	Chirurgia Veterino-Metastatica nel trattamento del dolore	1	0	0	0																										
	5.4	1806	Onco. Clin. Spec. Fess. Ocul. e Musc. Ocul.	1	2	2	3	163	169	144	159	119	100	102	96	123%	109%	106%	64%	0	0	0	0	€ 414.257	€ 468.888	€ 393.603	€	355.571					
	6.1	1801	Chirurgia Torace																														
	6.2	1801	Chirurgia Onc. di Senologia	2	1	1	2	296	262	284	273	387	284	284	273	79%	113%	113%	14%	65	72	64	72	€ 331.138	€ 267.634	€ 249.947	€	351.048					
Dip. Presidi Oncologia del Centro Oncologico	6.3	1806	Onco. Clin. Spec. di Senologia	15	17	17	20	744	803	790	713	823	823	839	816	110%	97%	109%	83%	0	0	0	0	€ 3.056.964	€ 3.039.205	€ 2.426.942	€	3.008.906					
	6.4	1808	Oncologia Clinica Sperimentale Traco-Polmonare	1	5	5	6	288	325	383	362	294	248	242	2474	40%	90%	96%	82%	0	0	0	0	€ 791.076	€ 833.135	€ 861.070	€	914.200					
	7.1	1701	Genetica Oncologica	1	1	1	1	229	139	129	129	139	129	129	129	59%	55%	93%	84%	99	91	91	77	€ 135.876	€ 137.687	€ 228.653	€	179.885					
	7.2	1801	Urologia Oncologica	1	3	3	3	404	455	418	484	465	445	418	464	161%	62%	63%	62%	0	2	1	0	€ 30.779	€ 117.886	€ 111.133	€	105.845					
Dip. Presidi Oncologia del Centro Oncologico	7.3	1805	Onco. Clin. Spec. Uro-Ginec.	6	10	10	10	521	682	779	688	339	491	493	493	109%	88%	99%	99%	0	0	0	0	€ 1.188.371	€ 1.608.594	€ 1.594.746	€	1.753.886					
	7.4	1852	Onco. Clin. Spec. Uro-Andrologica	1	0			170	76			165	188			28%				0	0	0	0	€ 419.885	€ 53.752								
	8.0	1854	Sperimentazioni Cliniche																														
	TOTALE ISTITUTO			69	81	82	95	6.372	5.580	5.884	5.719	35.382	35.351	37.326	37.267	102%	87%	91%	78%	24	11	14	12	€ 14.376.541	€ 13.394.240	€ 14.282.594	€	€ 13.597.206					

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI

Le prestazioni ambulatoriali per esterni, sono quelle erogate per pazienti esterni con ricetta medica o in libera professione; non sono incluse in questo novero le prestazioni/consulenze per pazienti ricoverati o in pericovero.

Le **prestazioni ambulatoriali** per esterni nel 2022 sono aumentate a n. 345.993 con corrispettivo di € 16.944.523 rispetto al 2021 in cui risultano 326.176 con € 15.492.268.

Necessita inoltre rappresentare che circa 250.000 prestazioni sono dirette sul paziente, escludendo esami istologici ed esami di laboratorio, e che le attività assistenziali come visite ed esami eseguiti sul malato richiedono la presenza di operatori sanitari e quindi impegno notevole di personale ed attrezzature: queste attività dirette sul paziente sono quelle che hanno subito il maggior incremento rispetto al precedente anno.

Di seguito il trend a partire dall'anno 2016:

Tabella Dati Ambulatoriali anni 2016 -- 2022		
Anno	N° Prest.	Val. Econ.
2016	246.870	€ 9.641.477
2017	267.569	€ 11.434.215
2018	311.182	€ 13.468.254
2019	337.605	€ 14.726.388
2020	276.654	€ 13.423.122
2021	326.176	€ 15.492.268
2022	345.993	€ 16.944.523



Prestazioni specialistiche ambulatoriali -		Anno 2021		ANNO 2022	
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DISTRETTO ADDOMINALE					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4060102	SSD Terapie innovative nelle metastasi epatiche	207	€ 3.145	58	1.020
CB4060104	SSD Gastr. Ed Endosc. Dig. (GASTROENTEROLOGIA)	3.738	€ 239.067	3.787	248.899
CB4060105	SSD Chirurgia oncologica gastro - pancreas	284	€ 4.653	259	4.373
CB4060201	Chirurgia Oncologica epato - biliare	428	€ 7.238	437	7.595
CB4060301	Chirurgia Oncologica colon - rettale	1.330	€ 25.458	1.470	30.805
CB4060401	Onco Clinica Sperimentale Addominale	3.871	€ 56.322	3.527	50.796
CS4060102	SSD Terapie innovative nelle metastasi epatiche Ascalesi	112	€ 1.934	276	4.276
CS4060301	Chirurgia Oncologica colon - rettale Ascalesi	54	€ 1.046	9	163
CS4060401	Onco Clinica Sperimentale Addominale Ascalesi	319	€ 4.653	614	8.585
	Prime_Vis_CHIR_ADDOME GENERALE	4	€ 75		
	Controlli_Vis_CHIR_ADDOME GENERALE	2	€ 41		
	Cost.Com.Dipart.Corp-S Assistenz.E Di Ricerca Dei Percors Onc.Del Distret.Addom.	2	€ 34		
Totale Dipartimento		10.351	€ 343.666	10.437	356.512
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO EMATOLOGIA E NEOPLASIE MESENCHIMALI					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4080102	SSD Medicina Trasfusionale	953	€ 15.776	861	14.112
CB4080201	Ematologia Oncologica	2.374	€ 33.814	2.604	36.902
CB4080202	Terapia Intens Emat. - Trapianto Staminali	266	€ 4.132	205	3.026
CB4080203	Lab Specialistico Ematologia Molec.	1.243	€ 75.455	1.656	104.679
CB4080301	Ortopedia Oncologica	2.170	€ 45.496	2.275	48.040
CB4080401	Oncologia Clinica Sperimentale dei Sarcomi e Tumori rari	1.635	€ 22.782	1.846	24.948
CB4080501	Anatomia Patologica e Citopatologia	7.999	€ 361.826	9.307	409.301
CS4080201	Ematologia Oncologica Ascalesi	392	€ 8.075	375	7.748
CS4080301	Ortopedia Oncologica Ascalesi	124	€ 2.329	255	4.757
CS4080401	Oncologia Clinica Sperimentale dei Sarcomi e Tumori rari Ascalesi	106	€ 1.950	91	1.834
	Cost.Com.Dipart.Corp-S Assistenz.E Di Ricer.Ematologia E Terapie Innovat	257	€ 4.395		
Totale Dipartimento		17.519	€ 576.030	19.475	655.347
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO MELANOMA ED IMMUNOLOGIA SPERIMENTALE E TERAPIE INNOVATIVE					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4090101	Med. Nuc. E Ter. Met.(TERAPIA METABOLICA)	6.777	€ 3.473.516	8.058	4.582.171
CB4090201	Chirurgia del Melanoma e dei Tumori Cutanei	5.728	€ 131.076	5.161	114.393
CB4090301	Oncologia Clinica Sperimentale del Melanoma - Immunoterapia e Terapie Innovative	23.273	€ 314.680	30.541	409.878
CS4090101	Medicina Nucleare e Terapia Metabolica Ascalesi	203	€ 3.303	362	5.332
CS4090201	Chirurgia del Melanoma e dei Tumori Cutanei Ascalesi	103	€ 1.787	140	2.365
CS4090301	Oncologia Clinica Sperimentale del Melanoma - Immunoterapia e Terapie Innovative - Ascalesi	763	€ 9.712	511	6.549
Totale Dipartimento		36.847	€ 3.934.073	44.773	5.120.689
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DISTRETTO TESTA COLLO E MUSCOLO SCHELETRICO					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4070201	Chirurgia Maxillo-Facciale E Orl	4.337	€ 88.504	4.411	69.082
CB4070301	Chirurgia Oncologica della tiroide	3.349	€ 63.606	2.896	55.872
CB4070401	Neurochirurgia Oncologica	341	€ 6.193	225	4.176
CB4070501	Oncologia Clinica Sperimentale Testa - Collo e Muscolo - Scheletrica	507	€ 7.475	554	8.253
CS4070201	Chirurgia Maxillo-Facciale E Orl Ascalesi	327	€ 5.140	519	8.138
CS4070301	Chirurgia Oncologica della tiroide Ascalesi	370	€ 6.559	683	11.290
CS4070501	Oncologia Clinica Sperimentale Testa - Collo e Muscolo - Scheletrica Ascalesi	88	€ 1.369	94	1.330
Totale Dipartimento		9.319	€ 178.846	9.382	158.140
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DISTRETTO TORACICO					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4040201	Chirurgia Toracica	891	€ 21.157	681	21.103
CB4040301	Chirurgia Oncologica di Senologia	10.863	€ 163.094	10.787	158.344
CB4040401	Onco Clinica Sperimentale-Senologia	7.242	€ 105.359	8.187	117.962
CB4040501	Oncologia Clinica Sperimentale Toraco Polmonare	2.142	€ 33.334	2.288	35.374
CS4040201	Chirurgia Toracica Ascalesi	119	€ 1.877	413	5.402
CS4040301	Chirurgia Oncologica di Senologia Ascalesi	569	€ 9.198	1.143	16.360
CS4040401	Onco Clinica Sperimentale-Senologia Ascalesi	145	€ 2.050	258	3.331
CS4040501	Oncologia Clinica Sperimentale Toraco Polmonare Ascalesi	201	€ 3.626	193	3.360
	Cost.Com.Dipart.Corp-S Assistenz.Di Ricerca Dei Percorsi Onc.Deldistr.Toracico	3	€ 70		
Totale Dipartimento		22.175	€ 339.766	23.950	361.236
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DISTRETTO UROGENITALE					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4050101	Ginecologia Oncologica	2.989	€ 63.245	3.267	70.843
CB4050201	Urologia Oncologica	6.016	€ 140.331	6.037	150.431
CB4050301	Oncologia Clinica Sperimentale Uro - ginecologica	4.470	€ 66.612	5.134	75.285
CB4050401	Oncologia Sperimentale Andrologica	16	€ 222	35	506
CS4050101	Ginecologia Oncologica Ascalesi	218	€ 3.752	361	6.071
CS4050201	Urologia Oncologica Ascalesi	528	€ 8.607	851	13.017
CS4050301	Oncologia Clinica Sperimentale Uro - ginecologica Ascalesi	554	€ 9.934	702	11.419
	Costi Comuni Dipart.Corp-S Assistenziale E Di Ricerca Percorsi Onc.Uro-Genitale	516	€ 7.088		
Totale Dipartimento		15.307	€ 299.791	16.387	327.573
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO SERVIZI CLINICO-DIAGNOSTICI					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4030103	SSD Accessi Vascolari e Gestione Day Surgery	18.722	€ 197.992	18.480	210.959
CB4030104	SSD Chirurgia oncoplastica ricostruttiva interdip.	1.697	€ 24.560	1.782	24.449
CB4030202	Gestione dei percorsi antalgici assistenziali e di ricerca	998	€ 17.214	1.033	17.517
CB4030401	Radioterapia	116.329	€ 7.849.979	108.169	7.344.008
CB4030501	Medicina di Laboratorio	51.685	€ 226.344	60.248	260.792
CB4030601	Radiodiagnostica	2.181	€ 111.495	2.152	110.648
CB4030602	Radiodiagnostica DH	13.008	€ 800.144	17.929	1.211.431
CB4030603	Risonanza Magnetica	871	€ 155.108	1.270	234.184
CB4030701	Radiologia Interventistica	1.268	€ 105.994	1.455	125.456
CB4030801	Cardiologia	1.112	€ 29.704	1.148	30.003
CS4030202	Gestione dei percorsi antalgici assistenziali e di ricerca Ascalesi	3	€ 62		
Totale Dipartimento		207.874	€ 9.518.597	213.666	9.569.447
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI SANITARI					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4020102	SSD Dietologia e nutrizione artificiale	465	€ 5.769	1.098	13.277
CB4020211	Ambulatorio Onconefrologia - Intesa Pascale-Vanvitelli	101	€ 1.707	222	3.688
CB4020601	Medicina Riabilitativa ad indirizzo oncologico	4.002	€ 87.747	3.845	83.558
CS4020102	SSD Dietologia e nutrizione artificiale ASCALESI	133	€ 1.786	110	1.631
CS4020601	Medicina Riabilitativa ad indirizzo oncologico Ascalesi	395	€ 7.968	413	8.260
Totale Dipartimento		5.096	€ 104.977	5.688	110.414
DIPARTIMENTO RICERCA TRASLAZIONALE					
C.D.C.	Descrizione	N° Prest.	Valore	N° Prest.	Valore
CB4100201	Biologia Cellulare e Bioterapie	1.623	€ 195.563	2.202	284.616
CB4100601	Sperimentazioni Cliniche	65	€ 958	33	550
Totale Dipartimento		1.688	€ 196.521	2.235	285.166
TOTALE ISTITUTO		326.176	€ 15.492.268	345.993	16.944.523

TEMPI DI ATTESA

Il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ordinari e day hospital avviene “ex post”, ossia utilizzando i dati di prenotazione e ricovero presenti sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La sequenza delle priorità delle diverse liste di prenotazioni viene regolarmente rispettata e nell’ambito della stesa lista fa riferimento l’ordine cronologico di prenotazione. Per i casi di progressione rapida della malattia, formalmente documentata ed esaminata dalla specialista di riferimento, si provvede con un percorso suppletivo che consente di ridurre i tempi di attesa. Tutte le unità operative controllano le proprie liste di attesa e sono responsabili del rispetto dei tempi di attesa.

Nell’area ambulatoriale la valutazione dei tempi di attesa è “ex ante”, ossia verificando il tempo che intercorre tra la data della prenotazione e la data dell’appuntamento per la prestazione.

Anche in questo caso il rispetto delle tempistiche è in capo ai direttori delle unità operative.

L’accesso alle prime visite viene di regola assicurato entro i termini previsti per le diverse liste di prenotazioni.

Per i casi urgenti, secondo prescrizione del medico curante e/o formalmente documentati si provvede ad assicurare la prestazione richiesta nell’arco di pochissimi giorni.

Il decreto legge 14 agosto 2020, 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, all’art. 29 rubricato “Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa” ha stabilito, al comma 1, che è possibile fare ricorso a prestazioni aggiuntive per rispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e per di ridurre le liste di attesa.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 353 del 4 agosto 2021 la Regione Campania ha approvato il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa che integra ed aggiorna quello approvato con Delibera n. 620 del 29 dicembre 2020 e ha indicato le possibili azioni per il recupero delle prestazioni non erogate durante il 2020 per le restrizioni intervenute con la pandemia.

Nella Delibera n. 209 del 04 maggio 2022 la Giunta regionale della Campania ha disposto un ulteriore rimodulazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. Con una specifica metodologia proposta dal Ministero della salute, nelle liste di attesa per i ricoveri sono state individuate tre classi di complessità della casistica:

1. Chirurgia oncologica e Interventi maggiori
2. Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo
3. Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità)

Alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere è stato chiesto di recuperare le prestazioni prenotate, rispettandone i tempi di attesa predeterminati con le classi di priorità e l’ordine cronologico.

Il Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa ha stimato la quantità complessiva delle prestazioni che, a seguito della sospensione dell’attività ordinaria causata dall’emergenza epidemica, non erano state ancora erogate (suddivise per prestazioni ambulatoriali, prestazioni di screening e ricoveri ospedalieri) e ha ripartito le risorse assegnate alla Regione Campania dall’articolo 29 del D.L. n. 104/2020.

Al fine di recuperare le prestazioni perse, questo Istituto ha fatto ricorso in via prioritaria a misure rivolte al mantenimento dei volumi delle prestazioni raggiunti prima dell’insorgere della pandemia e adottare attente misure di monitoraggio delle liste di attesa per consentire l’accesso dei pazienti alle prestazioni sanitarie nei tempi previsti, nonché specifici interventi riorganizzativi.

Nel monitoraggio delle liste di attesa dei ricoveri, la trasmissione delle informazioni contenute nel registro ospedaliero delle liste di attesa ha indicato la necessità di verificarne in dettaglio il contenuto ed attuare interventi periodici di ‘pulizia delle liste di attesa’ da effettuare dai responsabili di ciascuna unità operativa di ricovero.

Nella programmazione dei ricoveri, oltre ad attribuire la classe di priorità, è stato utile specificare in dettaglio le procedure chirurgiche pianificate, per poter riconoscere preliminarmente le classi dei ricoveri chirurgici come proposto nella delibera 209/2022.

Nell’erogazione delle prestazioni ambulatoriali è stata introdotta la modalità di visita con la telemedicina che può semplificare l’accesso dei pazienti all’assistenza, al contempo aumentando l’offerta.

Inoltre, l'IRCCS Fondazione G. Pascale avviato il modello organizzativo assistenziale multidisciplinare dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari, previsto da recenti normative regionali, per il quale è prevista una presa in carico complessiva degli utenti che afferiscono agli ambulatori della struttura.

Nei GOM sono indicati in modo specifico i percorsi diagnostico-terapeutici per ciascun tipo di patologia oncologica ed è previsto uno specifico monitoraggio dei tempi nel percorso assistenziale. Il modello organizzativo dei GOM influisce sul sistema ambulatoriale sia nella fase di diagnostica, preliminare ai trattamenti terapeutici, che in quelle successive di follow-up. La predetta riorganizzazione delle prestazioni ambulatoriali influenza anche favorevolmente l'ammissione e la durata dei ricoveri ai quali il paziente accede avendo già acquisito tutte le informazioni diagnostiche per procedere ai trattamenti terapeutici.

1.5 L'IRCCS Fondazione G. Pascale e la ROC

Con DCA n. 98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana (ROC)" e successiva nota prot. n. 731 del 10/2/2017, la Regione Campania ha affidato all'INT Pascale il coordinamento centrale, altamente specialistico, di tutti i Centri complementari coinvolti nella ROC al fine di garantire la diffusione e l'implementazione di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse.

Inoltre, costituendo il centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura delle patologie neoplastiche, l'Istituto Nazionale Tumori, è riconosciuto come CORP/CORPUS (DCA 98/2016) nella rete oncologica della Regione Campania e concorre alla progettazione nonché alla realizzazione della medesima rete per la quale è riconosciuto la funzione di ente coordinatore.

È da rilevarsi che l'interazione dei CORP-S con le altre strutture di ricerca traslazionale e di ricerca clinica assistenziale è garantita dalla costituzione dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) specifici per singola patologia neoplastica: i GOM sono, quindi, la vera articolazione funzionale dell'Istituto e lo strumento attraverso il quale la ricerca traslazionale e clinica si coniugano.

Pertanto, ciascun CORP-S, attraverso i GOM, si configura responsabile del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) e della presa in carico del paziente, il quale potrà beneficiare del valore aggiunto che la ricerca traslazionale garantisce all'assistenza.

Nell'ambito del Coordinamento della Rete Oncologica Campana, con Decreto del Commissario ad Acta "Piano di Rientro", n. 19 del 05/03/2018 in BURC n. 22 del 12/03/2018, e successivo Decreto Dirigenziale n°349 del 13/09/2022 "Implementazione Rete Oncologica regionale. Approvazione PDTA e documenti tecnici e revisione annuale", sono stati definiti ed approvati:

- 1.1 PDTA colon
- 1.2 PDTA mammella
- 1.3 PDTA cervice e vulva
- 1.4 PDTA ovaio
- 1.5 PDTA stomaco ed esofago
- 1.6 PDTA pancreas
- 1.7 PDTA testicolo
- 1.8 PDTA vescica
- 1.9 PDTA prostata
- 1.10 PDTA rene
- 1.11 PDTA polmone
- 1.12 PDTA melanoma
- 1.13 PDTA melanoma corioide
- 1.14 PDTA epatocarcinoma

- 1.15 PDTA sistema nervoso centrale
- 1.16 PDTA NET
- 1.17 PDTA Tumori testa collo
- 1.18 PDTA endometrio
- 1.19 PDTA sarcomi
- 1.20 PDTA Colangiocarcinoma
- 1.21 PDTA Tiroide
- 1.22 PDTA Tumori cutanei non melanoma
- 1.23 PDTA Mesotelioma
- 1.24 PDTA Tumori Pediatrici – apparato muscolo-scheletrico
- 1.25 Tumori pediatrici Testa-collo
- 1.26 Tumori pediatrici Torace
- 1.27 Tumori pediatrici Addome
- 1.28 PDTA Tumori rari del bambino e dell'adolescente
- 1.29 PDTA di percorso della Nutrizione
- 1.30 PDTA di percorso dei Tumori Ereditari
- 1.31 PDTA di percorso Dolore oncologico
- 1.32 Documento Tecnico Consensus emesi
- 1.33 Documento Tecnico refertazione patologica standard
- 1.34 Documento Tecnico radioterapia standard
- 1.35 Documento second opinion in Anatomia Patologica

1.6 L'IRCCS Fondazione G. Pascale e la ricerca scientifica

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.lgs. n. 288/2003, così come modificato ed integrato dall'art. 4 del D.lgs. 200/2022, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico svolgono attività di ricerca clinica e traslazionale, in coerenza con il programma di ricerca sanitario nazionale di cui all'art. 12-bis del D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete.

In particolare, gli IRCCS: - svolgono attività di ricerca corrente, diretta a sviluppare la conoscenza in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica;

- svolgono attività di ricerca finalizzata al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal piano sanitario nazionale e da quello regionale; ricercano collegamenti e sinergie con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con gli istituti di riabilitazione e con analoghe strutture, anche a decrescente intensità di cura. I programmi di ricerca dell'Istituto sono proposti dal Direttore Scientifico, con il supporto del Comitato tecnico scientifico in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e Regionale e delle indicazioni del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Le attività di ricerca, organizzate in Macroaree, confluiscono in progetti clinici e traslazionali e prevedono anche sperimentazioni di tecnologie altamente innovative. Il Ministero della Salute interviene annualmente, con propri finanziamenti, alla conduzione della ricerca corrente e finalizzata, unitamente alla Regione che procede sulla base del riparto annuale del Fondo Sanitario Regionale.

Tali attività di ricerca, sostenute anche da finanziamenti europei, nonché da altri enti pubblici o privati, sono espletate nel pieno rispetto della personalità del paziente e, sempre, con il consenso informato della persona o di chi ne ha la rappresentanza legale, secondo gli indirizzi del Comitato etico ed in conformità alla normativa vigente in materia di sperimentazioni cliniche. Pertanto, l'Istituto può proporre prestazioni innovative per le quali non siano ancora disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche

esclusivamente nell'ambito di sperimentazioni autorizzate secondo le vigenti norme in materia. Confermando il carattere specificatamente sperimentale dell'Istituto che ha fatto crescere le strutture oncologiche e gli ambiti di pertinenza, sviluppando competenze particolari e di grande attrazione sul territorio regionale, nazionale e anche internazionale, come dimostrato dagli ultimi risultati scientifici, l'Istituto svolge la sua attività di assistenza nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e nazionale collocandosi come polo di offerta oncologica nazionale di elevata qualità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità nell'area dell'oncologia sia sul piano assistenziale sia su quello della ricerca.

All'Istituto G. Fondazione Pascale sono attribuite anche alcune funzioni peculiari:

- impegno nella ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'Oncologia;
- vocazione alla Didattica e ad attività di Alta Formazione;
- servizi e diagnostica di Biotecnologia su materiale patologico e bio-tumorale.

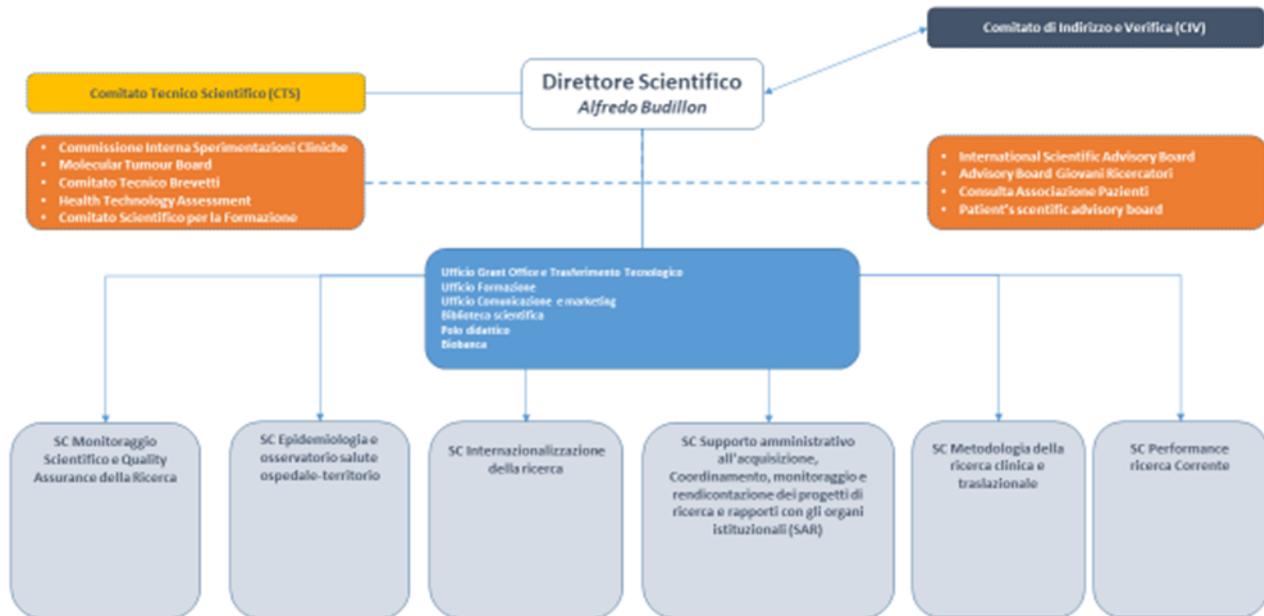
Con provvedimento del DG 1327 del 7 dicembre 2023 è stata adottata la programmazione triennale ricerca corrente 2023/2025 e approvazione dei progetti.

Il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Giunta Regionale della Campania. Il Direttore Scientifico stipula con il Direttore Generale dell'Istituto un contratto di diritto privato, a termine e di natura esclusiva, di durata quinquennale, rinnovabile. Il Direttore Scientifico concorda con il Direttore Generale l'assegnazione di obiettivi di ricerca clinico-assistenziale, per assicurare il raccordo tra l'attività di ricerca e quella di assistenza, coerentemente con gli indirizzi di politica sanitaria regionale e nazionale e per assicurare un'azione più efficace nelle aree tematiche oggetto di riconoscimento. Esprime parere sulle determinazioni inerenti le attività cliniche e scientifiche dell'Istituto, le assunzioni e la scelta del personale medico e sanitario non medico e presiede le commissioni per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa

Il Direttore Scientifico è responsabile dell'attività di ricerca sperimentale e clinica dell'Istituto, ne promuove e coordina l'azione e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del C.I.V., la cui misura è direttamente correlata ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca. A tal fine viene predisposto uno specifico bilancio sezionale della ricerca. Il Direttore Scientifico presiede il Comitato Tecnico Scientifico (C.T.S.) ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle delibere inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Il Direttore Scientifico coordina le attività di ricerca, da quella preclinica a quella clinica, e valuta gli outcomes dei progetti scientifici, soprattutto attraverso l'identificazione e il monitoraggio degli indicatori prefissati. Il Direttore Scientifico, inoltre, programma e gestisce le risorse umane dedicate alle attività di ricerca, definendo, in coerenza con la normativa vigente, la dotazione organica della ricerca includendo negli atti aziendali di organizzazione una specifica sezione per le funzioni di ricerca, unitamente alla definizione di quote riservate per il personale di ricerca sanitario assunto a tempo determinato nella misura di almeno il 35% del personale dedicato alla ricerca con contratto di lavoro subordinato.



Organigramma Direzione Scientifica



PROGRAMMA DI RICERCA CORRENTE 2023-2025

La Direzione Scientifica emana per il triennio 2023-2025, un bando interno per finanziare, mediante il budget della Ricerca Corrente e fondi disponibili dal 5x1000, progetti di ricerca fortemente collaborativi e traslazionali riferiti alle Linee di Ricerca individuate nel Nuovo Programma istituzionale di Ricerca Corrente 2023-2025.

Il programma di Ricerca Corrente 2023-2025 prevede due diverse tipologie di progetti:

- 1) Programmi di Ricerca Inter-dipartimentali "Change promoting"
- 2) Progetti di Ricerca innovativi "Theory enhancing"

I progetti Ricerca Inter-dipartimentali "Change promoting"

I Programmi di Ricerca Inter-dipartimentali "Change promoting" sono strettamente collegati alle attività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) presenti in Istituto ed hanno la finalità di favorire lo sviluppo di progettualità di ricerca traslazionale, mediante una stretta interazione tra ricercatori clinici e di laboratorio, in una ottica di rapido trasferimento delle conoscenze dalla ricerca di base alla sperimentazione clinica. Nell'ambito dei Programmi Inter-dipartimentali afferiscono diverse progettualità caratterizzate da un elevato livello di multidisciplinarietà.

I Progetti di Ricerca innovativi "Theory enhancing"

I Programmi di Ricerca innovativi "Theory enhancing" hanno come obiettivo quello di sviluppare procedure innovative e nuove conoscenze utili al miglioramento della prevenzione, diagnosi e trattamento delle neoplasie.

I Progetti di Ricerca innovativi sono ricerche originali di laboratorio e/o cliniche che sono supportate anche nell'ottica di favorire lo sviluppo di nuovi gruppi di ricerca autonomi all'interno dell'Istituto. Pertanto questi progetti sono destinati a ricercatori relativamente giovani (<45 anni).

	L 1	L 2	L 3	L 4	totale
Change promoting	5	7	6	9	27
Theory Enhancing	5	6	8	3	22

Produttività scientifica



I dati riportati sono stati elaborati secondo i parametri del Ministero della Sanità per la valutazione della produzione scientifica.

a) I valori di IFG sono attribuiti direttamente dal Ministero della Salute. Fonte JCR.

b) I valori dell'IFN sono attribuiti direttamente dal Ministero della Salute.

I valori dell'IFN e IFG riportati sono relativi alle pubblicazioni utilizzate ai fini della rendicontazione della RC 2022.

Portafoglio brevetti Fondazione G. Pascale - Elenco famiglie brevettuali al 31-12-2023

Oggetto	Titolare	Inventori	Nazione	Data domanda	Num. domanda	Data rilascio	Num. rilascio
Radiolabeled peptides for non-invasive diagnosis and treatment of CXCR4 expressing tumors	FONDAZIONE G. PASCALE	Scala, Trotta	EPO	12/23/2020	EP208393249	In progress	In progress
Radiolabeled peptides for non-invasive diagnosis and treatment of CXCR4 expressing tumors	FONDAZIONE G. PASCALE	Scala, Trotta	US	12/23/2020	17789398	In progress	In progress
Retro-Inverso Peptide inhibitors of cell migration, extracellular matrix and endothelial invasion by tumor cells	FONDAZIONE G. PASCALE	Carriero, Ciliberto, Bifulco, Pessi	UNITED STATES	10/10/2018	16092584	11/17/2020	10836792
Retro-Inverso Peptide inhibitors of cell migration, extracellular matrix and endothelial invasion by tumor cells	FONDAZIONE G. PASCALE	Carriero, Ciliberto, Bifulco, Pessi	GERMANY	4/6/2017	177191863	7/1/2020	3442989
Retro-Inverso Peptide inhibitors of cell migration, extracellular matrix and endothelial invasion by tumor cells	FONDAZIONE G. PASCALE	Carriero, Ciliberto, Bifulco, Pessi	UNITED KINGDOM	4/6/2017	177191863	7/1/2020	3442989
Inibitori peptidici retroinversi della migrazione cellulare, dell'invasione endoteliale e della matrice extracellulare delle cellule tumorali	FONDAZIONE G. PASCALE	Carriero, Ciliberto, Bifulco, Pessi	ITALY	4/6/2017	177191863	7/1/2020	3442989
Tumor antigens for liver cancer immunotherapy	FONDAZIONE G. PASCALE	Buonaguro, Tagliamonte	EPO	4/1/2021	to be assigned	In progress	In progress
Tumor antigens for liver cancer immunotherapy	FONDAZIONE G. PASCALE	Buonaguro, Tagliamonte	USA	4/1/2021	17916067	In progress	In progress
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	UNITED STATES	11/28/2014	15100311	8/6/2019	10373310
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	JAPAN	11/28/2014	201655934	5/24/2019	6528977
Metodo per l'analisi dei dati fornitidalla risonanza magnetica	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	ITALY	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950



Portafoglio brevetti Fondazione G. Pascale - Elenco famiglie brevettuali al 31-12-2023

Oggetto	Titolare	Inventori	Nazione	Data domanda	Num. domanda	Data rilascio	Num. rilascio
consomministrazione in dinamicadi mezzi di contrasto Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	SWITZERLAND	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	GERMANY	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	FRANCE	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	UK	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	GREECE	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
Method for analyzing data provided by magnetic resonance imaging with dynamic administration of contrast medium	FONDAZIONE G. PASCALE	Petrillo, Fusco	NORWAY	11/28/2014	148285042	7/03/2018	3074950
COMBINATION OF VALPROIC ACID AND STATINS FOR USE IN THE TREATMENT OF PANCREATIC CANCER	FONDAZIONE G. PASCALE	Budillon, Roca, Iannelli, Bruzzese	EPO	05/04/2022	EP221667702	In progress	In progress
COMBINATION OF VALPROIC ACID AND STATINS FOR USE IN THE TREATMENT OF PANCREATIC CANCER	FONDAZIONE G. PASCALE	Budillon, Roca, Iannelli, Bruzzese	PCT	05-04-2023	PCTEP2023058948	In progress	In progress
Analoghi di antigeni tumorali da microbiota e usi relativi	FONDAZIONE G. PASCALE	Buonaguro, Tagliamonte, Mauriello, Cavalluzzo, Ragone, Manolio	IT	06/04/2022	102022000006785	In progress	In progress
MICROBIOTA ANALOGS OF TUMOR ASSOCIATED ANTIGENS AND USES THEREOF	FONDAZIONE G. PASCALE	Buonaguro, Tagliamonte, Mauriello, Cavalluzzo, Ragone, Manolio	PCT	06/04/2023	PCT/EP2023/059189	In progress	In progress
IFN-γ signature as peripheral blood biomarker for Immune Checkpoint Inhibitors	FONDAZIONE G. PASCALE	Ascierto, Mallardo, Vitale, Capone	IT	22/09/2023	102023000019587	In progress	In progress
MiRNAs per il trattamento e la diagnosi in vitro di tumori farmacoresistenti	FONDAZIONE G. PASCALE; IST FISIOTERAPICI OSPITALIERI; UNIV. LA SAPIENZA	Ciliberto, Ascierto, Fattore, Botti, Mancini	ITALY , Germany, France ,UK	11/04/2018	102018000004384	4/09/2020	3775288
MiRNAs for treatment and in vitro diagnosis of drug resistant tumors	FONDAZIONE G. PASCALE; IST FISIOTERAPICI OSPITALIERI; UNIV. LA SAPIENZA	Ciliberto, Ascierto, Fattore, Botti, Mancini	EPO	10/04/2019	19721394.5	4/09/2020	3775288
MiRNAs for treatment and in vitro diagnosis of drug resistant tumors	FONDAZIONE G. PASCALE; IST FISIOTERAPICI OSPITALIERI;	Ciliberto, Ascierto, Fattore, Botti, Mancini	AUSTRALIA	10/04/2019	2019253079	In progress	In progress

Portafoglio brevetti Fondazione G. Pascale - Elenco famiglie brevettuali al 31-12-2023

Oggetto	Titolare	Inventori	Nazione	Data domanda	Num. domanda	Data rilascio	Num. rilascio
MiRNAs for treatment and in vitro diagnosis of drug resistant tumors FONDAZIONE G. PASCALE	UNIV. LA SAPIENZA FONDAZIONE G. PASCALE; IST FISIOTERAPICI OSPITALIERI; UNIV. LA SAPIENZA	Ciliberto, Ascierio, Fattore, Botti, Mancini	UNITED STATES	10/04/2019	2021147945	In progress	In progress
Method for predicting the development of resistance to braf inhibiting drugs, alone or in combination with mek inhibiting drugs, in an anti-tumor treatment	FONDAZIONE G. PASCALE; IST FISIOTERAPICI OSPITALIERI; UNIV. LA SAPIENZA	Ciliberto, Fattore, Perrenato, Mancini, Ascierio, Ruggiero	PCT	21/07/2023	IT2023/050171	In progress	In progress

Per quanto concerne i progetti dell'Istituto che riguardano l'area della ricerca, il Ministero della Salute, in attuazione degli interventi individuati nell'ambito del programma "Ecosistema innovativo della Salute" del Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR, ha finanziato la creazione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico "NETWORK TTO" con una articolazione a più livelli, inclusivo delle diverse realtà e coordinato da un soggetto attuatore. Nello specifico il progetto ha una durata di 8 anni ed il finanziamento garantito per i primi 4 anni del progetto ammonta ad euro 15 milioni di euro.

L'Istituto Pascale, nell'ambito del progetto TNetwork è stato individuato come Spoke di II livello per la realizzazione del Workpackage 6, avente ad oggetto la dissemination. L'obiettivo del WP6 è coinvolgere tutti gli stakeholder della rete TTO mediante attività di diffusione, comunicazione e sensibilizzazione delle potenzialità del nascente network e più in generale dell'importanza delle attività di valorizzazione dei risultati della ricerca per lo sviluppo degli Enti Coinvolti e per il territorio. Questo garantirà un maggiore coinvolgimento di tutti gli Spoke interni alla Rete e al contempo la comunicazione dei risultati del Progetto ai partner industriali, finanziari, istituzionali e soprattutto ai cittadini. Le attività del WP consentiranno di creare una vera e propria cultura del Trasferimento tecnologico, incoraggiare gli investimenti e influenzare le strategie di intervento.

Nel corso del 2023, in linea con l'obiettivo finale del progetto di raccordare i TTO coinvolti in una rete di riferimento nazionale nell'ambito delle Scienze della Vita e di sviluppare servizi, strumenti e risorse utili a colmare il divario tra ricerca e innovazione, promuovendo lo sviluppo tecnologico e la valorizzazione internazionale della ricerca, l'IRCCS Pascale ha promosso una serie di azioni interne (collaborazioni tra i WP/proposte di accordi di collaborazione, pianificazione di "Professional Exchange Programme") al Network finalizzate a diffondere, comunicare e sensibilizzare gli Stakeholders industriali e finanziari riguardo le potenzialità e i prodotti del nascente Network PerfETTO.

Di particolare interesse riveste l'evento organizzato a metà dicembre dall'Istituto, che ha coinvolto una serie di attori che operano nel finanziamento di progetti e imprese innovative (venture capitalist ed altri investitori istituzionali) che rivestono un ruolo fondamentale nello sviluppo di una massa critica di progetti imprenditoriali, risorse e funzioni di ricerca e sviluppo ad essi connesse.

Nel corso di tale evento sono state descritte e analizzate le modalità di sviluppo delle connessioni e partnership tra il Network PerfETTO e la realtà Industriali.

Nell'ambito di Horizon Europe 2021-2027, programma quadro dell'UE per la ricerca e l'innovazione, l'Istituto è finanziato dalla Commissione europea per il progetto dal titolo "Repurposing of Medicines for all - REMEDI4ALL" all'interno del bando HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04.

REMED4ALL è un consorzio multidisciplinare che coinvolge ventiquattro organizzazioni europee, di cui quattro italiane (tre pubbliche ed una privata), con l'obiettivo comune di riposizionare farmaci già in uso clinico, per altre indicazioni terapeutiche.

EATRIS, l'infrastruttura europea per la medicina traslazionale, di cui sono membri tutti e tre gli Istituti Pubblici Italiani, guiderà il consorzio. Il progetto è finanziato per 23 milioni di euro di cui € 2.437.125 assegnati all'Istituto.

Il progetto, iniziato il 1 settembre 2022 con durata di 5 anni, ha l'ambizione di creare una piattaforma europea di ricerca e innovazione, incentrata sui bisogni del paziente, che faciliti l'accesso, lo sviluppo rapido ed economico, a farmaci riposizionati.

Nello specifico, la piattaforma tecnologica di Remedi4All fornirà servizi in tutte le fasi di sviluppo necessarie al riposizionamento del farmaco, dal finanziamento allo sviluppo preclinico, dalla sperimentazione clinica all'immissione sul mercato, avvalendosi anche di strumenti di machine learning e intelligenza artificiale.

Per dimostrare la funzionalità della piattaforma e ottimizzare strumenti e servizi offerti, nelle fasi iniziali, il progetto si avvarrà di quattro progetti dimostratori il cui scopo è riposizionare farmaci in diverse aree terapeutiche con elevate esigenze mediche non soddisfatte: cancro al pancreas, COVID-19, malattie rare e malattie ultra-rare.

Tutti i progetti saranno sviluppati con un approccio incentrato sul paziente volto a garantire in primis i bisogni del paziente stesso.

Si prevede che il progetto avrà un importante impatto sull'ecosistema sanitario europeo, sia in ambito sociale sia economico, nel riposizionamento di farmaci in patologie in cui le opzioni terapeutiche ad oggi, sono ancora limitate.

Nell'ambito del programma esecutivo di cooperazione scientifica e tecnologica (e relativo contributo) tra la Repubblica Italiana e la Repubblica del Sud Africa, per il triennio 2023- 2025, l'Istituto è stato finanziato per l'espletamento delle attività connesse alla realizzazione del progetto dal titolo "Ottimizzazione multiparametrica e valutazione in vitro/in vivo di antagonisti mirati al dominio di legame del ligando del recettore degli androgeni e ai siti di legame allosterico". L'obiettivo del progetto è quello di sviluppare nuovi efficaci antagonisti del recettore degli androgeni per superare la resistenza alla castrazione e agli anti-androgeni di seconda generazione nel cancro alla prostata (PCa), una delle neoplasie più comunemente diagnosticate - il secondo tumore più diagnosticato tra gli uomini in Sud Africa e la seconda causa di decessi correlati al cancro negli uomini in tutto il mondo.

Elenco dei progetti di ricerca attivi al 31.12.2023.

Ente finanziatore	Tipologia	Denominazione progetto	Posizione nel progetto	Valore totale	Quota di competenza istituto	Anno assegnazione	Anno bando
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	OncomiRs miR-4443 and miR-4488 as dual players of drug resistance in target therapy and immunotherapy in melanoma	Coordinatore	90000	90000	2022	2020
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	New generation of CXCR4 antagonists: peptide R54 from biomolecular - IG 24746	Coordinatore	589000	589000	2022	2020
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Unravelling and targeting non canonical functions of telomerase in squamous cell carcinoma of female lower genital tract" - IG 2021 ID 26111	Coordinatore	432000	432000	2022	2022
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	PARPi in Ovarian Cancer: biomarkers related to activity and resistance" - IG 2021 ID 25932	Coordinatore	1059000	1059000	2022	2022



Ente finanziatore	Tipologia	Denominazione progetto	Posizione nel progetto	Valore totale	Quota competenza di istituto	Anno assegnazione	Anno bando
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	SELENOPROTEINS AS PROGNOSTIC MARKERS AND THERAPEUTIC TARGETS IN BREAST CANCER	Coordinatore	75000	75000	2020	2019
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Development and validation of a tool for patient-reported assessment of cancer related financial toxicity	Coordinatore	364000	364000	2019	2018
Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) - fondazioni	Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)	Biomarkers in recurrent ovarian cancer: a translational project of the "bevacizumab beyond progression" MITO16b trial	Coordinatore	350880	350880	2018	2017
PFIZER SRL	PFIZER SRL	THE CONTINUUM OF CARE THROUGH THE ROC (CICERO PROJECT)	Coordinatore	150000	150000	2022	2022
European Commission	European Commission	BUILDING A SUSTAINABLE EUROPEAN INNOVATION PLATFORM TO ENHANCE THE REPURPOSING OF MEDICINES FOR ALL - REMEDI4ALL	Partner	22561532	2437125	2022	2021
EuroNanoMed III Joint Transnational Call (2019) - Progetti finanziati da enti pubblici	European Commission	NAN-4-TUM - Development of CXCR4 targeting-nanosystem-probes for molecular imaging of cancer cells and tumor microenvironment	Coordinatore	250000	250000	2020	2019
PROGRAMMA DI RICERCA EUROPEO ERANET/TRANSCAN - Progetti finanziati da enti pubblici	European Commission	Anti-PD1 and Niraparib (PARPi) combination therapy in gynaecological carcinosarcoma: Identification of response-predictive biomarkers and resistance mechanisms - ROCSANbio	Partner	225000	225000	2020	2018
European Commission	European Commission	Providing cutting edge cancer research services across Europe - canSERV	Partner	14999939	23300	2022	2021
European Commission	European Commission	Quality of Life in Oncology: measuring what matters for cancer patients and survivors in Europe (EUonQoL)	Partner	10999809	238125	2022	2021
European Commission	European Commission	Direct grants to Member States' authorities: network of Comprehensive Cancer Centres: Establishment of new EU Network of Expertise on Cancers and Cancer Conditions (AWP Ref.: DP/C-g-10.1.3)	Partner	4000000	57459	2022	2021
European Commission	European Commission	Joint Action on strengthening ehealth including telemedicine and	Partner	4000000	57459	2022	2021

Ente finanziatore	Tipologia	Denominazione progetto	Posizione nel progetto	Valore totale	Quota di competenza istituto	Anno assegnazione	Anno bando
		remote monitoring for health care systems for cancer prevention and care					
European Commission	European Commission	ISARP Italy-South Africa joint Research Programme	Coordinatore	90000	90000	2023	2022

Progetti risultati vincitori – Bando RF 2021:

- RF-2021-12371995 denominato “Randomized phase2 study of Valproic acid combinEd with Simvastatin and gemcitabine/nab-paclitaxel-based regimens in untreated metastatic Pancreatic Adenocarcinoma patients (The VESPA trial).”
Destinatario istituzionale Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione G. Pascale – utilmente collocato nella specifica graduatoria “Ordinari della ricerca finalizzata (RF)” ed al quale è stato attribuito un finanziamento complessivo di € 450.000,00 (quattrocentocinquantamila/00).
PI della ricerca BUDILLON ALFREDO.

Progetti risultati vincitori – Bando PNRR 2022:

Sono stati approvati n. 4 progetti con l’Istituto come Destinatario Istituzionale (coordinatore), per un totale di budget assegnato all’Istituto pari a: € 3.935.000,00, nello specifico:

Codice LOI	Nome PI	Cognome PI	Titolo	DI
PNRR-MAD-2022-12376670	Vincenza	Granata	PRECision therapeutic STRategies for the treatment of colorectal and hepatOcellular cancer (PRESTO)	Istituto nazionale tumori Fondazione Giovanni Pascale
PNRR-MAD-2022-12376570	Maria Lina	Tornesello	Identification of common pathogenic mechanisms driving squamous cell carcinomas of the anogenital tract and head&neck region to develop overarching therapeutic strategies	Istituto nazionale tumori Fondazione Giovanni Pascale
PNRR-POC-2022-12376329	Stefania	Scala	From diagnostic to theranostic CXCR4-targeting PET probe. Proof of concept in Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC)-PDX model	Istituto nazionale tumori Fondazione Giovanni Pascale
PNRR-POC-2022-12375769	Luigi	Buonaguro	MOLECULAR MIMICRY TO IMPROVE LIVER CANCER IMMUNOTHERAPY	Istituto nazionale tumori Fondazione Giovanni Pascale

Inoltre, n. 8 progetti sono stati approvati con l’Istituto come unità esterna partecipante, per un totale di budget assegnato all’Istituto pari a: € **2.380.000,00**.

Bando Piano Operativo Salute 2021

Il POS, approvato con Delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) n. 15 del 28 febbraio 2018 a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2014-2020, con una dotazione finanziaria complessiva pari a 200 milioni di euro, si inserisce nel processo unitario di programmazione strategica e operativa per il periodo 2014-2020, in coerenza con la Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI) - area di specializzazione “Salute, alimentazione e qualità della vita”, il Programma Nazionale per la Ricerca (PNR) e il Piano Attuativo Salute della SNSI.

È articolato in cinque Traiettorie di sviluppo cui corrispondono specifici Avvisi pubblici nell'ambito delle relative Linee di azione:

- a) Traiettorie 1 "Active & Healthy Ageing - Tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare";
- b) Traiettorie 2 "eHealth, diagnostica avanzata, medical device e mini invasività";
- c) Traiettorie 3 "Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata";
- d) Traiettorie 4 "Biotecnologia, bioinformatica e sviluppo farmaceutico";
- e) Traiettorie 5 "Nutraceutica, nutrigenomica e alimenti funzionali".

Il nostro Istituto ha partecipato, con esito positivo, per la Traiettorie 3 "Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata" con il PI Nicola Normanno.

POSIZIONE	CODICE LOCALE PROGETTO	SOGGETTO PROPONENTE	PUNTEGGIO COMMISSIONE DI VALUTAZIONE	CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO - TOTALE CONTRIBUTO CONCEDIBILE
4	T3-AN-06	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - IRCCS FONDAZIONE G. PASCALE	84,5/100	Richiesto: 5.411.038,00 € Concedibile: 5.411.038,00 €

I progetti completi sono stati «certificati» ed inviati a luglio 2022.

All'esito della valutazione dei progetti la Commissione ha proceduto alla stesura della graduatoria di merito, approvata dall'Amministrazione con decreto del 20 giugno 2022.

Con successivo decreto del 4 luglio 2022 è stato approvato l'elenco dei progetti ammessi al contributo elaborato tenuto conto della graduatoria di merito e della ripartizione delle risorse disponibili.

Il progetto "Sviluppo di una piattaforma per la implementazione clinica della oncologia di precisione nelle regioni del centro-sud Italia" (acronimo "COESIT") ha l'obiettivo complessivo di realizzare un network di laboratori di riferimento nelle regioni del centro-sud Italia per la caratterizzazione genetico-molecolare delle neoplasie, finalizzata alla implementazione nella pratica clinica della oncologia di precisione e personalizzata. Il potenziamento dei laboratori di genomica delle istituzioni partecipanti, la condivisione di procedure di analisi e protocolli bioinformatici, la realizzazione di un database comune di dati di sequenziamento e clinico-patologici, rappresenteranno strumenti fondamentali per incrementare le conoscenze specifiche sulle caratteristiche genomiche delle neoplasie di pazienti dell'Italia meridionale e per la implementazione clinica della medicina di precisione e personalizzata basata sull'analisi genomica. A tale riguardo, il progetto vede la partecipazione di centri di riferimento oncologici delle principali regioni meridionali e di istituzioni del centro Italia che hanno sviluppato competenze specifiche nell'analisi genomica, oltre ad avere in cura un numero elevato di pazienti provenienti dalle regioni meridionali.

Bando Piano Operativo Salute 2021

Il POS, approvato con Delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) n. 15 del 28 febbraio 2018 a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2014-2020, con una dotazione finanziaria complessiva pari a 200 milioni di euro, si inserisce nel processo unitario di programmazione strategica e operativa per il periodo 2014-2020, in coerenza con la Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI) - area di specializzazione "Salute, alimentazione e qualità della vista", il Programma Nazionale per la Ricerca (PNR) e il Piano Attuativo Salute della SNSI.

È articolato in cinque Traiettorie di sviluppo cui corrispondono specifici Avvisi pubblici nell'ambito delle relative Linee di azione:

- a) Traiettorie 1 "Active & Healthy Ageing - Tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare";

- b) Traiettorie 2 “eHealth, diagnostica avanzata, medical device e mini invasività”;
- c) Traiettorie 3 “Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata”;
- d) Traiettorie 4 “Biotecnologia, bioinformatica e sviluppo farmaceutico”;
- e) Traiettorie 5 “Nutraceutica, nutrigenomica e alimenti funzionali”.

Il nostro Istituto ha partecipato, con esito positivo, per la Traiettorie 3 “Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata” con il PI Nicola Normanno.

POSIZIONE	CODICE LOCALE PROGETTO	SOGGETTO PROPONENTE	PUNTEGGIO COMMISSIONE DI VALUTAZIONE	CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO - TOTALE CONTRIBUTO CONCEDIBILE
4	T3-AN-06	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - IRCCS FONDAZIONE G. PASCALE	84,5/100	Richiesto: 5.411.038,00 € Concedibile: 5.411.038,00 €

Con successivo decreto del 4 luglio 2022 è stato approvato l'elenco dei progetti ammessi al contributo elaborato tenuto conto della graduatoria di merito e della ripartizione delle risorse disponibili.

Il progetto “Sviluppo di una piattaforma per la implementazione clinica della oncologia di precisione nelle regioni del centro-sud Italia” (acronimo “COESIT”) ha l’obiettivo complessivo di realizzare un network di laboratori di riferimento nelle regioni del centro-sud Italia per la caratterizzazione genetico-molecolare delle neoplasie, finalizzata alla implementazione nella pratica clinica della oncologia di precisione e personalizzata. Il potenziamento dei laboratori di genomica delle istituzioni partecipanti, la condivisione di procedure di analisi e protocolli bioinformatici, la realizzazione di un database comune di dati di sequenziamento e clinico-patologici, rappresenteranno strumenti fondamentali per incrementare le conoscenze specifiche sulle caratteristiche genomiche delle neoplasie di pazienti dell’Italia meridionale e per la implementazione clinica della medicina di precisione e personalizzata basata sull’analisi genomica. A tale riguardo, il progetto vede la partecipazione di centri di riferimento oncologici delle principali regioni meridionali e di istituzioni del centro Italia che hanno sviluppato competenze specifiche nell’analisi genomica, oltre ad avere in cura un numero elevato di pazienti provenienti dalle regioni meridionali.

Ai suddetti progetti si aggiungono quelli finanziati dal 5 per mille:

Ricercatore	Progetti 5x mille	Anno IRPEF	Durata
Egidio Celentano	Ottimizzazione dei processi di gestione del rischio in ambiente ospedaliero	5 X mille (2020)	24 MESI
Claudia Von Arx	Gene-expression profiles associated with increased risk of brain metastasis in HER2- positive breast cancer	5 X mille (2020)	24 MESI
Francesca Collina	Studio immunofenotipico morfologico spaziale multiplex e molecolare multicentrico di carcinomi uroteliali della vescica nell'era degli inibitori dei checkpoint immunitari	5 X mille (2020)	24 MESI
Nicola Normanno	Implementazione di un percorso di oncologia di precisione per pazienti con neoplasie avanzate	5 X mille (2020)	24 MESI
Gianfranco De Feo	Sviluppo di una piattaforma informatica per la raccolta, gestione ed analisi di dati clinico patologici e sperimentali	5 X mille (2020)	24 MESI
Stefania D'Auria	Monitoraggio dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) e delle attività di ricerca (inclusi studi di fase 1) attraverso la corretta applicazione di un Sistema Qualità	5 X mille (2020)	24 MESI

II SEZIONE

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Premessa

Il PIAO costituisce una misura finalizzata ad adeguare gli apparati amministrativi a quanto previsto dal PNRR. Relativamente alla digitalizzazione della Pubblica Amministrazione il Piano prevede il rafforzamento delle infrastrutture digitali dell'apparato amministrativo, la facilitazione alla migrazione al cloud, un ampliamento dell'offerta di servizi ai cittadini in modalità digitale, la riforma dei processi di acquisto di servizi ICT: tutte azioni che garantiscono quella crescita economica e sociale tanto auspicata dall'Agenda Digitale Europea.

Una selezione delle politiche dell'Ente si traduce in termini di obiettivi di Valore Pubblico (outcome/impatti), con riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile (*Sustainable Development Goals* dell'Agenda ONU 2030; indicatori di Benessere Equo e Sostenibile elaborati – BES - da ISTAT e CNEL). Questi ultimi rappresentano uno strumento esaustivo di misurazione dei cambiamenti prodotte dalle politiche aziendali.

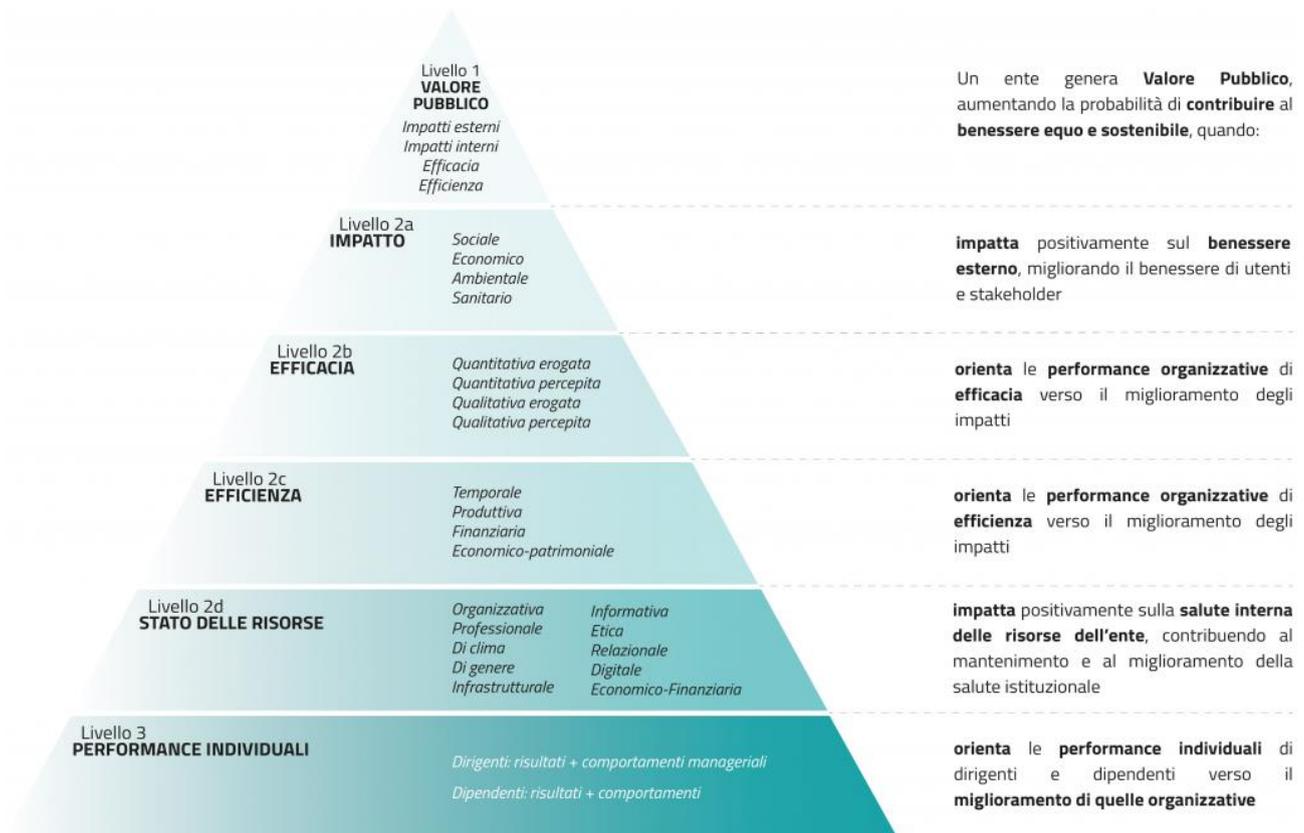
La crisi pandemica, infatti, ha messo chiaramente in luce la rilevanza della ricerca, dell'innovazione, della diffusione della tecnologia digitale; su questi aspetti puntano le riforme previste dal Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza finalizzate a favorire la ripresa degli investimenti e, in particolare, della "componente immateriale" del Paese (ricerca e sviluppo, software, ecc.), colmando il divario tra il Nord e il Mezzogiorno.

Il PIAO definisce la cornice di creazione di Valore Pubblico in senso ampio, ossia il coinvolgimento e la motivazione del personale che si traduce nella cura del benessere organizzativo e nel miglioramento di efficienza ed efficacia, il tutto in modo funzionale alla realizzazione di obiettivi operativi specifici (qualitativi e economico-gestionali) e trasversali (semplificazione, pari opportunità, digitalizzazione), funzionali alla generazione del Valore Pubblico.

All'interno dell'Istituto la creazione di Valore Pubblico, così come definita, si traduce in una costante sinergia tra tutti gli operatori, alimentata dal motto istituzionale "1+1=3", che mette in mostra come il risultato non può che essere maggiore della somma delle singole componenti. Pertanto la sinergia che si realizza attraverso tutti gli operatori e professionisti sanitari diventa il leitmotiv dell'azione dell'Istituto, condizione essenziale per realizzare il continuo e costante miglioramento delle cure assistenziali.

In questa Sezione del PIAO, l'Amministrazione evidenzia come una selezione delle politiche dell'Ente si traduca in termini di obiettivi di Valore Pubblico rappresentando senza dubbio una novità sostanziale rispetto alle altre dimensioni delle politiche programmatiche di tutte le Pubbliche Amministrazioni, i cui contenuti e modalità di predisposizione sono invece ben noti (performance, anticorruzione e trasparenza, capitale umano). In essa sono individuati i risultati attesi in ragione agli obiettivi generali che specifici, programmati in coerenza con i documenti di pianificazione finanziaria adottati dall'Istituto, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle strutture amministrative da parte dei cittadini.

Un modello di misurazione del Valore Pubblico potrebbe essere rappresentato dalla Piramide del Valore Pubblico, proposto dal Prof. Enrico Deidda Gagliardo. Tale framework, con un'architettura piramidale, è articolato in diverse dimensioni della performance misurate attraverso specifici indicatori.



2. Valore Pubblico-

Il raggiungimento di una migliore qualità delle cure certamente prevede l'iterazione con gli utenti che si realizza attraverso diverse tipologie di azioni a cui l'Istituto dà particolare attenzione

- Partecipazione attiva dei giovani

Nell'ottica di rafforzare il rapporto con gli utenti e di sensibilizzare, anche attraverso adeguate attività formative, i giovani alla tutela del bene salute, l'IRCCS Fondazione G. Pascale, con delibera nr.539/2023, ha disciplinato il rapporto con l'organizzazione non lucrativa OPPORTUNITY APS che coopera attivamente con Enti Pubblici e del Privato Sociale attraverso la realizzazione di progetti che vedono il diretto coinvolgimento di giovani under 30 nella realizzazione di azioni di assistenza per categorie a rischio di disagio ed emarginazione sociale, di promozione della tutela della salute, di sensibilizzazione al tema della prevenzione, di riqualificazione urbana, di valorizzazione del patrimonio ambientale, culturale e storico del nostro Paese.

Con la citata delibera l'Istituto nazionale tumori IRCCS – Fondazione Pascale intende favorire l'apporto delle giovani generazioni attraverso progetti coerenti con la mission istituzionale in qualità di ente di accoglienza dei programmi di intervento e progetti di servizio civile, ai sensi del D.lgs n.40 del 06 marzo 2017.

- Ascolto e relazione umana

L'Istituto, promuove, tutela e sostiene, in conformità allo spirito sotteso alle disposizioni normative vigenti e nella reciproca condivisione dei valori e delle rispettive missioni, le attività delle diverse Organizzazioni che pongono al centro del proprio operare il prendersi cura dei pazienti oncologici e dei loro familiari.

Pertanto con provvedimento del D.G. nr. 1224 239/11/2021, è stato approvato il Regolamento per la disciplina dei rapporti tra l'Ente e le organizzazioni di volontariato ed è stato istituito un apposito Albo Aziendale di Volontariato al quale sono iscritte tutte le Organizzazioni operanti:

- AIMaC – Associazione Italiana malati di Cancro, parenti e amici sito web
- A.MA.Ti. – Amici Associati per la Tiroide Onlus sito web info@associazioneamati.it
- AVO – Associazione Volontari Ospedalieri sito web; email avonapoli@tin.it
- AVEP ONLUS – Associazione Volontari Ematologia Pascale sito web email info@aveponlus.it, tel.081 40 64 14;
- Associazione Percorsi sito web email info@associazione-percorsi.it
- Cittadinanza attiva – Rete del Tribunale del Malato sito web, email tdm.pascale@libero.ittel/fax 081 590 3287
- Lilt Napoli – Lega Italiana Lotta al Tumore sito web email: info@legatumorinapoli.it, tel 081 546 6888/880 – 081 590 344.

Tali disposizioni sono finalizzate a rafforzare il profondo legame già da tempo esistente tra L'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale con le predette Organizzazioni, a migliorare le attività assistenziali, potenziando il ruolo sociale dell'Ente, a promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali; attraverso una costante sinergia, l'Istituto contribuisce ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale dando concreta attuazione anche alla Legge regionale della Campania n. 11 del 23 ottobre 2007, "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale".

-Assistenza psicologica all'utente e ai suoi familiari

La malattia neoplastica costituisce un momento particolarmente delicato per il Paziente e i suoi Familiari non solo dal punto di vista fisico, ma anche psicologico, toccandone gli aspetti cognitivi, emozionali, affettivi, relazionali e spirituali. Difatti, il tumore interferisce su tutti gli aspetti della vita quotidiana del paziente, dalle relazioni amicali e familiari agli aspetti finanziari e lavorativi. Un elevato numero di Pazienti sperimenta livelli severi di disagio psicologico, caratterizzati spesso da sintomatologia ansioso-depressiva: il tumore e le cure ad esso associate possono portare anche ad una compromissione dell'autonomia funzionale del paziente, specie nelle fasi più avanzate della malattia. Ciò porta conseguentemente a condizioni di isolamento forzato e di deprivazione sensoriale e relazionale, con una riduzione delle occasioni in cui è possibile sperimentare emozioni positive e interazioni sociali significative.

Allo scopo di aumentare il benessere psico-sociale dei Pazienti e delle loro Famiglie, l'Istituto, attraverso l'Unità di Psico-Oncologia, ha posto in campo ed intende promuovere nuove attività che costituiscano un supporto ed un concreto aiuto per affrontare la malattia neoplastica.

-Accoglienza

L'Istituto nell'ottica di un costante miglioramento della relazione con il pubblico e della presa in carico del paziente, ha previsto un servizio di Hostess espressamente dedicato all'orientamento di tutti gli utenti nonché all'accompagnamento di quelli non deambulanti attraverso l'ausilio della carrozzina.

Si tratta di un servizio che mira a rendere più semplice l'accesso ai servizi offerti all'utente (soprattutto di quelli ultrasessantacinquenni) e a coloro che, in relazione alla patologia, si trovano in una condizione di estrema difficoltà nel deambulare.

- Comunicazione

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in quanto "superficie di contatto" dell'Istituto con l'utenza, attua sistematicamente, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, processi di rilevazione sul grado di soddisfazione della stessa per i servizi erogati e sull'evoluzione dei bisogni qualitativi e quantitativi, e utilizzando, quale supporto informativo, banche dati automatizzate ed Internet, svolge un servizio finalizzato alla rilevazione della qualità dei servizi.

L'attività di ascolto e di valutazione è funzionale, infatti, anche alla programmazione delle iniziative di comunicazione e di formazione nonché alla formulazione di proposte di adeguamento organizzativo, procedurale e operativo dell'Istituto. Un'attenta e completa informazione diventa necessaria per orientare l'utenza: a tal fine sono stati implementati strumenti di comunicazione che consentono di dare ampia diffusione alle prestazioni erogabili dall'Ente. Inoltre, attraverso l'ascolto sistemico e continuo delle esigenze degli utenti, l'Istituto gestisce quotidianamente le numerose richieste che pervengono all'URP attraverso l'utilizzo di molteplici canali (Front office, telefono, Form on line, presente sulla pagina web dell'URP nel portale istituzionale www.istitutotumori.na.it, e-mail urp@istitutotumori.na.it, pec urp@pec.istitutotumori.na.it).

Con la realizzazione di un nuovo sito aziendale e l'utilizzo delle piattaforme di social network Facebook, YouTube, Instagram, Twitter, LinkedIn, l'Istituto ha implementato nuovi strumenti di informazione e "canali" di comunicazione tra i cittadini e/o pazienti e l'Ente che assicurano la diffusione e la pubblicizzazione delle iniziative e delle attività istituzionali.

- Customer Satisfaction

A dare man forte all'Istituto Nazionale Tumori **Pascale** nella rilevazione dei bisogni dell'utente è arrivato un nuovo assistente virtuale. Il suo compito è ascoltare le domande degli utenti e cercare di dare risposte esaurienti. Si tratta di un *chatbot*, un assistente digitale dotato di intelligenza artificiale: **Pascalino**, questo è il "nome" dato all'applicazione ed è stato programmato non solo per ricevere quesiti afferenti alla struttura ospedaliera ma anche per dare risposte finalizzate a rendere più fruttuosa l'interazione con l'Istituto.

Lo strumento "Pascalino" elabora i dati e, usando il linguaggio naturale, crea immediatamente una relazione con gli utenti, accolti con la frase: "*Ciao, sono Pascalino, l'assistente virtuale del Pascale*"; i pazienti sono accompagnati lungo tutto il "percorso informativo" al fine di migliorare la fruizione dei servizi offerti. Gli utenti acquisiscono informazioni in merito alle prestazioni assistenziali grazie all'elenco delle domande a cui il *chatbot*, è in grado di rispondere.

Nel periodo gennaio-novembre 2023, l'assistente virtuale ha registrato 20.260 conversazioni con gli utenti per un totale di 47.562 messaggi scambiati. Inoltre attraverso l'assistente virtuale del portale istituzionale cd. "Pascalino", è possibile per l'utenza partecipare all'indagine di customer satisfaction compilando on line il questionario oppure rispondendo al riconoscimento vocale del software.

L'ascolto degli utenti e la rilevazione della loro soddisfazione, attraverso queste nuove metodologie e la somministrazione di questionari differenziati in relazione alla tipologia di attività assistenziali fruita (ricovero, servizi ambulatoriali- servizio accoglienza) sono diventate attività permanenti e costanti che impattano sulle attività offerte in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale mediante la rimodulazione dei servizi offerti sulla base del feedback raccolto.

Infatti, in merito ai servizi ambulatoriali si è rilevato una scarsa soddisfazione dei pazienti circa il tempo di attesa, mentre i dati del questionario "ricovero" evidenziano un elevato grado di soddisfazione circa la professionalità del personale medico e infermieristico e rispetto alle cure ricevute.

Carta dei servizi

L'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale al fine di permettere l'accesso delle informazioni a tutti i cittadini/utenti residenti e non, sul proprio territorio e, in particolare, per i cittadini ultrasessantacinquenni, prevede delle forme di comunicazione diversificate rispetto a quella principale rappresentata dal sito aziendale. La Carta dei Servizi si aggiunge al servizio di Hostess in quanto essa mira a rendere più semplice ed accessibile la fruizione dei servizi assistenziali.

Infatti, al fine di migliorare la qualità e la modalità comunicativa delle informazioni di interesse rese ai cittadini, essa è pubblicata sul sito aziendale, in formato elettronico e scaricabile, e promuove il miglioramento del processo di interazione tra l'Istituto e gli utenti, fornendo tutte le notizie su attività e servizi sanitari.

La Carta dei Servizi delinea i principi guida a cui l'Ente si ispira impegnandolo, contestualmente, ad adottare elevati standard di qualità nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e delle prestazioni erogate agli utenti.

Infine, per rendere sempre più fruibile il servizio offerto ai cittadini, ogni anno l'URP assicura le eventuali modifiche necessarie per assicurare l'aggiornamento di quanto descritto nella carta dei servizi tra un'edizione e l'altra.

Accesso gratuito ad Internet

In tutto l'Istituto è disponibile, in modalità gratuita, l'accesso ad internet tramite una rete Wi-Fi. Dopo la compilazione del modulo per l'autenticazione, l'istituto garantisce all'utente il servizio in parola attraverso le credenziali di accesso che avranno una durata di tre mesi.

Accesso per disabili ed over 65

L'Istituto Fondazione G. Pascale, composto da diversi corpi di fabbrica, è il risultato di continui adeguamenti della struttura alle esigenze dettate dai piani regionali Ospedalieri e dalla normativa in materia di abbattimento delle barriere architettoniche di supporto alla mobilità, alla fruibilità dei servizi.

Per semplificare l'accessibilità all'utenza esterna, oltre al servizio di hostess sopra descritto, allocato nei due plessi dell'Istituto (day hospital e degenze) che intervengono all'accorrenza anche offrendo l'utilizzo della carrozzina per i non deambulanti nonché assistenza tecnica per il pagamento del ticket, sussiste anche un'idonea cartellonistica per lo smistamento dei pazienti verso i vari reparti in cui si articola l'Istituto.

Infine l'accessibilità per i disabili è garantita nei vari edifici e reparti attraverso l'impiego di tutte le misure e i dispositivi idonei allo scopo, come ascensori e rampe di accesso.

– Digitalizzazione

L'Istituto ha effettuato nell'ultimo triennio numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare specifiche piattaforme.

La Regione Campania è stata scelta come Regione Pilota del Crash Program Alimentazione e, a sua volta, ha individuato l'Istituto Fondazione G. Pascale tra le Aziende del SSR interessate dall'implementazione del fascicolo sanitario elettronico. L'iniziativa prevede il raggiungimento di un target "di alimentazione obiettivo" per gli ambiti documentali del nucleo minimo (referti di laboratorio analisi, referti di radiologia, referti di anatomia patologica, lettere di dimissione ospedaliera e referti di prestazioni ambulatoriali).

Difatti, il FSE consente di avere un quadro chiaro ed esaustivo della storia clinica del paziente, facilitando sia la cura ordinaria (tutti i dati sono associati al FSE, raggiungibili in ogni momento ed in ogni luogo, evitando di dover portare con sé la documentazione cartacea) che quella in emergenza (consentendo, ad esempio, ad un medico di pronto soccorso di avere le informazioni necessarie per un corretto intervento in situazioni di emergenza).

Esso, pertanto, offre una lunga serie di vantaggi per l'assistito: la sua alimentazione con tutti i documenti di tipo socio-sanitario, garantisce la tracciabilità della storia clinica del cittadino in qualunque momento e in qualunque luogo. Infatti, anche in caso di "mobilità" del paziente, l'operatore sanitario potrà accedere ai dati e ai documenti necessari per le finalità di cura, evitando che lo stesso debba avere con sé tutti i documenti cartacei.

Inoltre, a livello aziendale, l'Istituto cerca nuove modalità di approccio terapeutico: sfruttando spesso piattaforme molto diffuse come gli smartphone, i pazienti potranno fruire delle soluzioni di digital health e delle terapie digitali che presentano caratteristiche di grandissima accessibilità per gli ammalati e per i professionisti sanitari. Attraverso tale modalità operativa, il paziente è posto al centro del sistema e la tecnologia viene utilizzata per offrire cure migliori, più precise, più accessibili, più olistiche e anche più umane, per permettere ai professionisti sanitari di avere più tempo per curare la relazione con l'utente.

Ebbene, attraverso servizi di teleconsulto, telemedicina (che offrono assistenza medica a distanza) app, assistenti virtuali dotati di intelligenza artificiale che comunicano con il paziente, è diventato ancora più evidente l'assoluta necessità di integrare la medicina tradizionale con quella digitale, facendo emergere la digital health quale strumento di comunicazione tra medico e paziente.

Infine, attraverso l'APP IO, l'Ente sarà impegnato nella creazione di piattaforme che offrono al cittadino l'immediata fruibilità dei servizi.

2.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il legislatore ha fatto assurgere al PIAO la funzione di misura atta a consentire l'adeguamento degli apparati amministrativi alle esigenze di attuazione del PNRR.

Tra le riforme abilitanti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che l'Italia si è impegnata a realizzare, in linea con le raccomandazioni della Commissione europea, è prevista la Riforma n. 1.11 - Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie.

Tale riforma, anche a seguito delle ultime modifiche apportate al PNRR ed approvate dal Consiglio Ecofin in data 8/12/2023, prevede che entro il primo trimestre 2025 (Q1 2025), con conferma al primo trimestre 2026 (Q1 2026), siano conseguiti specifici obiettivi quantitativi (target) in termini di tempo medio di pagamento e di tempo medio di ritardo, anche per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Relativamente, invece, alla digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, il Piano prevede il rafforzamento delle infrastrutture digitali della pubblica amministrazione, la facilitazione alla migrazione al cloud, un ampliamento dell'offerta di servizi ai cittadini in modalità digitale, la riforma dei processi di acquisto di servizi ICT: tutte azioni che garantiscono quella crescita economica e sociale tanto auspicata dall'Agenda Digitale Europea.

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Nell'ambito del **Piano/Missione**: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute **Componente**: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale è previsto l' **Investimento** M6C2 I1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.

L'investimento prevede:

- l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate e il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche, per migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali e adeguare strutture e modelli organizzativi ai migliori standard di sicurezza internazionali
- il potenziamento dell'offerta ospedaliera: potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, consolidamento della separazione dei percorsi all'interno dei pronto soccorso
- il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi.

L'investimento opera sull'implementazione delle **dotazioni tecnologiche** del Sistema Sanitario Nazionale.

Le operazioni sono così disposte:

- l'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero;
- il potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sedi di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello;
- il rafforzamento strutturale degli ospedali del Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta.

Di seguito gli interventi di questo Istituto, il cui avvio delle procedure di acquisto è avvenuto nell'anno 2022 nonché talune di quelle contrattualizzate nell'anno 2023.

CUP	H64E22000810006	
	MAMMOGRAFI	274.500,00 €
	Pascale-PO ASCALESI SC RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H65D22000000001	
	PET/TAC	2.748.300,00 €
	Pascale-PO ASCALESI S.C. Medicina Nucleare	
CUP	H65D20000060001	
	TAC A 128 STRATI	854.201,00 €



	Pascale-PO ASCALESI	
	S.C. RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H65D2100000001	
	TAC A 128 STRATI	854.201,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	S.C. RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H64E22000910006	
	ACCELERATORI LINEARI	2.295.000,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIOTERAPIA	
CUP	H64E22000820006	
	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	247.700,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H64E22000800006	
	MAMMOGRAFI	274.500,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H64E22000860006	
	ECOTOMOGRAFI	82.000,00 €
	PO ASCALESI	
	SC ONCOCLINICA	
	SPERIMENTALE E UROGINECOLOGICA	
CUP	H64E22000850006	
	ECOTOMOGRAFI	82.000,00 €
	PO ASCALESI	
	SC CHIRURGIA	
	ONCOLOGICA COLONRETTALE	
CUP	H65D22000010001	
	TAC A 128 STRATI	530.000,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIOTERAPIA	
CUP	H64E22000770001	
	TAC A 128 STRATI	530.000,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIOTERAPIA	
CUP	H64E22000840006	
	ECOTOMOGRAFI	82.000,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC ONCOCLINICA	
	SPERIMENTALE UROGINECOLOGICA	
CUP	H64E22000790001	
	GAMMA CAMERE	525.000,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC MEDICINA NUCLEARE	
CUP	H64E22000780001	
	ACCELERATORI LINEARI	2.295.000,00 €
	PO ASCALESI	
	SC RADIOTERAPIA	
CUP	H64E22000830006	
	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	247.700,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	SC RADIODIAGNOSTICA	
CUP	H65D21000010001	
	RMN A 1,5 T	3.888.075,00 €
	Pascale-PO ASCALESI	
	S.C. Radiodiagnostica	

N. Contratto	Oggetto	Importo Iva esclusa	Numero CIG Ital	N. CUP Italia	Riferimento Delibera	Ns. riferimento contratto	Ragione Soci
4600159773	Accessori per Acceleratore Lineare	44.500,00 €	9625487327	H64E22000780001	1-2023-296	2023-606-F	ELEKTA S.P.A.
4600159748	Acceleratore lineare	1.401.500,00 €	9603754483	H64E22000780001	1-2023-296	2023-605-F	ELEKTA S.P.A.
4600160181	Accessori per Acceleratore Lineare	88.300,00 €	962562228F	H64E22000780001	1-2023-296	2023-608-F	ELSE SOLUTIONS S.R.L.
4600160152	Accessori per Acceleratore Lineare	180.980,00 €	96255810BA	H64E22000780001	1-2023-296	2023-607-F	TEMA SINERGIE S.P.A.
4600133002	Gamma camera	622.600,00 €	9502045796	H64E22000790001	1-2022-1390	2022-969-F	HEALTHCARE S.R.L.
4600161129	Mammografo con Tomosintesi	139.550,00 €	9792766E23	H64E22000800006	1-2023-657	2023-643-F	IMS GIOTTO S.P.A.
4600161358	Mammografo con Tomosintesi	124.550,00 €	9792766E23	H64E22000810006	1-2023-657	2023-643-F	IMS GIOTTO S.P.A.
4600154846	Telecomandato	183.100,00 €	9590442B18	H64E22000820006	1-2023-344	2023-445-F	MEDICAL MERATE S.P.A.
4600154632	Telecomandato	366.200,00 €	9590442B18	H64E22000830006	1-2023-344	2023-445-F	MEDICAL MERATE S.P.A.
4600153203	Ecotomografo multidisciplinare	21.650,00 €	ZBD3A5CBF7	H64E22000840006	1-2023-360	2023-424-F	FORA S.P.A.
4600177100	Ecotomografo multidisciplinare	37.050,00 €	Z063B767DC	H64E22000850006	1-2023-961	2023-1003-F	FORA S.P.A.
4600153197	Ecotomografo multidisciplinare	36.950,00 €	Z68394DFE5	H64E22000860006	1-2023-360	2023-423-F	FORA S.P.A.
4600159775	Accessori per Acceleratore Lineare	44.500,00 €	9625487327	H64E22000910006	1-2023-296	2023-606-F	ELEKTA S.P.A.
4600159762	Acceleratore lineare	1.401.500,00 €	9603754483	H64E22000910006	1-2023-296	2023-605-F	ELEKTA S.P.A.
4600160183	Accessori per Acceleratore Lineare	88.300,00 €	962562228F	H64E22000910006	1-2023-296	2023-608-F	ELSE SOLUTIONS S.R.L.
4600160157	Accessori per Acceleratore Lineare	180.980,00 €	96255810BA	H64E22000910006	1-2023-296	2023-607-F	TEMA SINERGIE S.P.A.
4600045139	TAC 128 file dual Energy	700.165,00 €	8288903B22	H65D22000060001	1-2020-465	2020-419-F	HEALTHCARE S.R.L.
4600045139	TAC 128 file dual Energy	700.165,00 €	8288903B22	H65D21000000001	1-2021-5	2020-419-F	HEALTHCARE S.R.L.
4600128923	Tomografo a Risonanza Magnetica	3.488.796,49 €	8593190CB5	H65D21000001001	1-2021-911	2021-1330-F	SYSTEMS ITALIA S.P.A.
4600054625	Sistema Discovery PET/CT MI 5 Rings	2.498.000,23 €	8076912E9F	H65D22000000001	1-2020-699	2020-806-F	SYSTEMS ITALIA S.P.A.

Affidamento per l'acquisto di apparecchiature

Amministrazione	Codice N	Codice Unico Pro	Codice Locale Progetto	Descr. Titolo Progetto	PI/REFERENTE SC	CAPOFILA	Finanziamento totale progetto	Finanziamento Pascale
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000680006	PNRR-MAD-2022-12376756	Single cell dissection of the tumormicroenvironment in bladder	D'ALTERIO/PERDONA'	HUMANITAS	1.000.000,00 €	400.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000430006	PNRR-MAD-2022-12376570	Identification of common pathogenic mechanisms driving squ	TORNESELLO	Pascale	960.000,00 €	380.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000580007	PNRR-MAD-2022-12375663	Overcoming PARP resistance in ovarian cancer: from biology to	PIGNATA	AVIANO	1.000.000,00 €	220.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000670001	PNRR-MAD-2022-12375670	Addressing liver fibrosis prevention and treatment: a unibase	NASTI	IFO-IRE	1.000.000,00 €	100.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000440006	PNRR-MAD-2022-12376670	PRECISION therapeutic strategies for the treatment of colorecta	GRANATA	Pascale	1.000.000,00 €	500.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000520007	PNRR-MAD-2022-12376707	Deciphering the biology of relapsed/refractory diffuse large Bc	PINTO	GEMELLI	1.000.000,00 €	420.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000590007	PNRR-POC-2022-12375713	Targeting drug resistant melanoma with miCroRNAs delivered	COSTANTINI ASCERTO	IFO-IRE	960.000,00 €	235.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000420006	PNRR-POC-2022-12375769	MOLECULAR MICRYTOIMPROVE LIVER CANCER IMMUNOTHER	BUONAGURO	Pascale	975.000,00 €	762.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000410006	PNRR-POC-2022-12376329	From diagnosis to theranostic CXCR4-targeting PET probe. Proof	SCALA	Pascale	1.000.000,00 €	438.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000570006	PNRR-POC-2022-12376579	Engineered dislyxidase lipid-based nanovesicles for the treat	CARRIERO	IRST	1.000.000,00 €	220.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000600006	PNRR-MAD-2022-12376767	MITOCHONDRIAL GENETIC AND FUNCTIONAL ANALYSIS FOR A	DI GENNARO	REGIONE LAZIO	956.000,00 €	431.000,00 €
Ministero della Salute	M6C212.1	H63C22000690006	PNRR-MAD-2022-12376567	"Low Dose Tamoxifen and Lifestyle Changes for Breast Can	PENSABENE	IEO	1.000.000,00 €	380.000,00 €
								4.486.000,00 €

In tabella quelli afferenti all'attività di ricerca

Gli interventi a valere su fondi P.N.R.R. in tema di lavori di opere pubbliche sono di seguito riportati:

1. lavori di realizzazione di n. 4 nuovi posti di Terapia Intensiva e reparto di Day Surgery all' Ospedale "Ascalesi"; Misura M6C2|1.1.1 – Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale S.S.N. – Progetti in essere ex art. 2 D.L. 34/2020; C.U.P. H64E21000350001; Importo progetto: € 3.541.074,80 anno 2022: intervento non in essere a valere su fondi P.N.R.R.; anno 2023 intervento in essere da eseguire a partire dal corrente anno 2024;

2. lavori straordinari per la realizzazione di un ascensore e delle opere conseguenziali del vano scala del corpo "E"; Misura M6C2|1.1.1 – Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale S.S.N. – Progetti in essere ex art. 2 D.L. 34/2020; C.U.P. H64E2100177001; Importo Progetto: € 863.480,00; anno 2022: intervento non

in essere a valere su fondi P.N.R.R.; anno 2023 intervento in essere da eseguire a partire dal corrente anno 2024;

3. adeguamento norme di prevenzione incendi dei plessi di Napoli nuovo reparto di melanoma immunoterapia oncologia e terapie innovative dedicato alle CAR-T cell per il trattamento dei tumori solidi” - CIG: 8556516460; M6C2I1.2 – Progetti in essere ex art. 20 D.L. 67/1988; CUP: H61B20000310002; Importo: € 2.000.000,00 anno 2022: intervento non in essere a valere su fondi P.N.R.R.; anno 2023 intervento in essere in corso di esecuzione;

4. intervento urgente di messa in sicurezza delle facciate dell’edificio degenze dell’istituto. M6C2I1.2 – Progetti in essere ex art. 20 D.L. 67/1988; CUP H66G18000160002; Importo: € 700.000,00 intervento non in essere a valere su fondi P.N.R.R.; anno 2023 intervento in essere in corso di esecuzione;

5. adeguamento impianti elettrici e realizzazione nuove cabine MT/BT Rinnovo cabina vecchia” – Lotto 1 - CIG 8327295D36. M6C2I1.2 – Progetti in essere ex art. 20 D.L. 67/1988; CUP: H68I18000010002 Importo: € 800.000,00 anno 2022: intervento non in essere a valere su fondi P.N.R.R.; anno 2023: intervento in essere in corso di esecuzione.

2.2. BUDGET DI PREVISIONE-

L’Istituto, con provvedimento n. 1433 del 27/12/2023 “Adozione bilancio di previsione – esercizio 2024”, ha predisposto il budget di previsione. Lo schema contabile di CE, ancorché in termini previsionali, presenta un risultato in pareggio mentre, lo Stato Patrimoniale previsionale vede un capitale investito netto pari ad € 156.191.862.

Lo Stato Patrimoniale dell’Istituto vede, per gli anni 2022 e 2023, un capitale investito netto pari ad € 66.103.014 per il 2022 e ad € 70.397.997 per il 2023. Esso risulta così costituito:

	Budget 2023	Budget 2024
Immobilizzazioni	84.445.414	68.853.445
Partecipazioni	145.700	145.700
Capitale Fisso A	84.591.114	68.999.145
Crediti	117.495.534	166.090.137
Debiti	-134.845.867	-81.550.782
Rimanenze	3.157.215	2.653.361
Capitale Circolante B	-14.193.117	87.192.716
Capitale Investito A+B	70.397.997	156.191.862

Le fonti di finanziamento risultano in sintesi essere le seguenti e non prevedono la presenza di indebitamento oneroso:

	Budget 2023	Budget 2024
Equity A	-101.910.618	-165.110.512
Liquidità disponibile B	31.512.622	8.918.650
Fonti di finanziamento A+B	-70.397.996	-156.191.861

L’anno 2024 è caratterizzato da una serie di significativi investimenti, che determinano un incremento complessivo per l’anno 2024 pari ad € 34.738.233,00:

	31/12/2023	31/12/2024	Incrementi 2024
Immobilizzazioni tecniche	€ 294.808.947	300.810.468,00	6.001.521,00
- Terreni	€ 48.715,00	€ 48.715,00	€ 0,00
- Fabbricati civili	0,00	€ 0	€ 0
- Fabbricati industriali	€ 100.698.989,00	108.698.989,00	8.000.000,00
- Macchinari ed impianti	€ 40.949.234,00	€ 48.949.234,00	€ 8.000.000,00
- Attrezzature e mezzi mobili di trasporto	€ 108.199.183,00	€ 112.399.183,00	€ 4.200.000,00

- Mobili, arredi e macchine per ufficio	€ 13.999.557,00	€ 14.900.577,00	€ 901.000,00
- Lavori in corso e acconti	€ 40.402.095,00	€ 47.437.807,00	€ 7.035.712,00
Oneri poliennali da ammortizzare	€ 11.299.713,00	€ 11.899.713,00	€ 600.000,00

Tra gli investimenti più importanti si segnalano di seguito:

- la prosecuzione delle attività finanziate con l'art. 20 L. n. 67/1988 – II e III fase;
- la prosecuzione delle attività finanziate con contributi in conto capitale fino al 2024;
- la finalizzazione di una serie di lavori di adeguamento e di sistemazione di reparti vari nonché l'acquisizione di nuove attrezzature;
- l'acquisizione di arredi vari e di immobilizzazioni immateriali;
- lo start up di una serie di attività che si concluderanno negli anni successivi e che pertanto sono rilevate tra i c.d."lavori in corso".

Questo Istituto, inoltre, ha ricevuto i finanziamenti a valere sul CIS strumento di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR (art. 56 del Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77), sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Campania in data 31.5.2022, finalizzati all'aggiornamento tecnologico per un totale di € 15.810.177, a cui si aggiungono i seguenti più rilevanti finanziamenti:

Numero delibera	Data	oggetto	Importo
591	17/05/2023	POR Campania FESR 2014-2020 Asse 1 - Obiettivo Specifico 1.3. Azione 1.3.1 per la realizzazione del progetto dal titolo SVILUPPO DI NANOEMULSIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE BUCCALE DI ESTRATTI OLEOSI DI CANNABIS NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI DA SARS-COV 2_ Soggetto Capofila ATS Università degli Studi di Napoli Federico II - Scuola di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Farmacia_ Parte IRCCS Pascale _ Ricercatore Responsabile dott.ssa Piera Maiolino _ Presa atto Convenzione _ Accettazione finanziamento_ CUP E63C22001900002 SURF 21058BP000000005	14.971,32
761	28/06/2023	Progetto POR Campania FESR 2014-2020 - Asse 1 - Obiettivo specifico 1.6 - Azione 1.6.1. Intervento POTENZIAMENTO TECNOLOGICO PER IL MIGLIORAMENTO QUALIQUANTITATIVO DELL'ATTIVITA' DIAGNOSTICA, TERAPEUTICA E ASSISTENZIALE PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA NEL PERIODO POST-COVID. CUP H63C2300060002" Beneficiario: IRCCS Pascale. Ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale n. 270 del 18 maggio 2023. Approvazione Progetto con annesso Quadro Economico e Cronoprogramma e Presa atto del decreto dirigenziale regionale n. 270 del 18. 05.2023 di ammissione a 6	13.988.720,52
1111	16/10/2023	Progetto POR Campania FESR 2014-2020 - Asse 1 - Obiettivo specifico 1.6 - Azione 1.6.1. Intervento SISTEMA PER LA GESTIONE MECCANIZZATA DEL FARMACO A LETTO DEL PAZIENTE E DEI TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI. CUP H64E23000140002" Beneficiario: IRCCS Pascale. Ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale n. 520 del 11 agosto 2023. Approvazione Progetto con annesso Quadro Economico e Cronoprogramma e Presa atto del decreto dirigenziale regionale n. 520 del 11.08.2023 di ammissione a finanziamento. Approvazione Schema di Convenzione	7.076.000,00
1282	24/11/2023	Progetti POR Campania FESR 2014-2020 - Asse II - Obiettivo specifico 2.2 - Azione 2.2.1. DGR n. 354 del 19/06/2023. Approvazione Progetti con annessi Quadro Economico e Cronoprogramma	12.044.970,00

Il bilancio previsionale è stato formulato sulla base anche del fabbisogno economico-patrimoniale 2024 per l'approvvigionamento di beni e servizi come recepito nella delibera del D.G. nr. 1025 del 29/09/2023 nonché del programma triennale delle opere pubbliche 2023-2025 adottato con delibera nr. 755 del 26/06/2023 e approvato con deliberazione del Direttore Generale nr. 895 del 14/08/2023 e, comunque, limitatamente alle parti economicamente e finanziariamente sostenibili dalle previsioni di bilancio.

L'anno 2024 è caratterizzato da una serie di significativi investimenti descritti più dettagliatamente nel citato bilancio di previsione e di cui si riportano di seguito soltanto quelli più importanti

INTERVENTI AL 31.12.2022	DESCRIZIONE	INTERVENTI EDILIZIA SANITARIA				
		Decreto Ammissione al Finanziamento	Importo a Carico dello Stato	Importo a carico della Regione	Importo a carico dell'Azienda (eventuale)	Costo Complessivo Intervento
Accordo di programma (selezionare dal menù a tendina)	Descrizione Intervento					
Art. 20, L. 67/88 - II fase	PROGETTAZIONE DEFINITIVA ED ESECUTIVA PER I LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO IMPIANTISTICO ED EDILE DAY HOSPITAL	DM 6887 del 16.12.2000	8.340.778,92	438.988,36		8.779.767,28
Art. 20, L. 67/88 - II fase	REALIZZAZIONE NUOVO EDIFICIO DI COLLEGAMENTO PER LABORATORI DI ONCOLOGIA SPERIMENTALE	Decreto del 16 maggio 2006 (G.U. n. 189 del 16.08.2006)	11.500.000,00			11.500.000,00
Art. 20, L. 67/88 - III Fase 1° Stralcio	INTERVENTI URGENTI DI MESSA IN SICUREZZA DELLE FACCIATE DELL'EDIFICIO DEGENZE DEL	DD 15 del 23.01.2020	665.000,00	35.000,00	-	700.000,00



	PASCALE - DCA N. 7 DEL 08.02.2017					
Art. 20, L. 67/88 - III Fase 1° Stralcio	PROGETTAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DELL'ADEGUAMENTO IMPIANTI ELETTRICI E REALIZZAZIONE NUOVE CABINE MT/BT EDIFICIO DEGENZE - COME DA DCA N. 7 DEL 08.02.2017	DD 16 del 23.01.2020	760.000,00	40.000,00	-	800.000,00
Art. 20, L. 67/88 - III Fase 1° Stralcio	ADEGUAMENTO NORME DI PREVENZIONE INCENDI DEI PLESSI DI NAPOLI NUOVO REPARTO DI MELANOMA IMMUNOTERAPIA ONCOLOGIA E TERAPIE INNOVATIVE DEDICATO ALLE CAR-T CELL PER IL TRATTAMENTO DEI TUMORI SOLIDI D.C.A. N.7 DEL 08.02.2017	Decreto Dirigenziale del 19/11/2020 della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute	1.900.000,00	100.000,00	-	2.000.000,00
Art. 20, L. 67/88 - III Fase 1° Stralcio	P.O. Ascalesi - Ristrutturazione dei Reparti di Oncologia" Lotto Centrali Tecnologiche ART. 20 della L. 67/88 - III Fase 1° Stralcio	Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n. 48 del 16/02/2021;	950.000,00	50.000,00		1.000.000,00
Art. 20, L. 67/88 - III Fase Completamento	FORNITURA, INSTALLAZIONE ED ATTIVAZIONE DI UN SISTEMA DI PROTONTERAPIA PRESSO L'IRCCS FONDAZIONE G. PASCALE	Decreto del 19.12.2022 (REGISTRO DECRETI - MDS/DGPROGS/329/19/12/2022),	36.100.000,00	1.900.000,00		38.000.000,00
Delibera CIPE 16_2013 - Antincendio	ADEGUAMENTO SPAZI AL LIVELLO S2 (PARTE IMPIANTISTICA) DELL'EDIFICIO DEGENZE DEPOSITO CARTELLE.	DDMS del 20.07.2020	144.917,45	7.627,23		152.544,68
Radioterapia	ASCALESI - TOMOTERAPIA	DGR 89 DEL 08.09.2021	3.631.556,98	191.134,58	1.079.931,84	4.902.623,40
ALPI		DGR 1219 DEL 06.07.2007	2.500.000,00			2.500.000,00
Altro (specificare in descrizione dell'intervento)	FORNITURA - COMPRESA L'INSTALLAZIONE - DISEGNI IN ACCIAIO E POLICARBONATO PER LA DEFINITIVA COPERTURA DELLE RAMPE DI ACCESSO (AREA TRIAGE COVID - 19) DELL'EDIFICIO DEGENZE.Fondi FESR 2014-2020	DD 36 del 26.01.2023	478.810,31		44.191,34	523.001,65
Radioterapia	ASCALESI - CYBERKNIFE	DGR 90 del 08.09.2021	5.000.000,00	263.157,89	834.218,71	6.097.376,60
TOTALE			71.971.063,66	3.025.908,06	1.958.341,89	76.955.313,61

2.3 Ciclo di Gestione della Performance

Il Ciclo di Gestione della Performance costituisce il processo che conduce alla valutazione della performance aziendale.

Prima di procedere alla sua definizione si riporta di seguito il Contesto interno ed esterno in cui opera l'Istituto.

Contesto interno

La determinazione del piano è stata effettuata in considerazione di quello che è attualmente il contesto interno, descritto ampiamente nella scheda anagrafica dell'Istituto nonché nell'ambito della composizione del personale, nella sezione relativa al valore umano, mentre, è da rilevarsi il particolare contesto esterno in cui si inquadra l'attività dell'Ente.

Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è finalizzata a individuare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera, con riferimento alle variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

A tal fine, si considerano sia i fattori legati al territorio di riferimento che allo specifico settore di intervento, nonché alle relazioni esistenti con i c.d. stakeholders esterni e di come quest'ultime possono influire sull'attività dell'Istituto

L'applicazione delle misure normative in tema di prevenzione della corruzione adottate nell'ultimo decennio nel nostro paese, ha favorito lo sviluppo di un sistema organico di intervento sul fenomeno.

L'indagine condotta annualmente da Transparency International ha evidenziato, infatti, che il grado di percezione della corruzione si è positivamente modificato dal 2012, in cui l'Italia era al 72° posto a livello mondiale (voto 42/100), mentre nel 2021 si trovava già al 42° posto (punteggio 56/100). Nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) del 2022, invece, l'Italia manteneva il punteggio del 2021, ma guadagnava una posizione nella classifica dei paesi presi in esame (180 paesi), attestandosi al 41° posto con punteggio 56/100. Con specifico riferimento, invece al settore sanitario, il Rapporto di Transparency International Italia "Corruzione e sprechi in Sanità" ha individuato una serie di indicatori in grado di allarmare chi si occupa della gestione del Sistema sanitario, sintomi che non possono essere trascurati se si vuole perseguire la salute dei cittadini e la qualità dei servizi erogati: difficoltà dei controlli, asimmetria informativa, relazioni pubblico-privato, ingerenza politica, inadeguatezza delle tutele per i whistleblower, scarsi poteri di indagine e sanzionatori, basso livello di trasparenza.

Inoltre, in una delle più recenti pubblicazioni relativa alla percezione e agli atteggiamenti nei confronti della corruzione e della possibilità di denuncia emerge, peraltro, che circa un terzo dei cittadini italiani ritiene inutile denunciare la corruzione e, in generale, il rapporto dei cittadini italiani con il fenomeno corruttivo si mostra più articolato e complesso di quanto emerge dai giudizi in merito alla gravità percepita del fenomeno. La Campania fa registrare valori percentuali più alti rispetto al dato medio nazionale per tutti e tre i comportamenti percepiti nei confronti del fenomeno corruttivo (inevitabilità, inutilità e pericolosità) e, comunque, valori più alti dell'area omogenea di riferimento. La complessità di tale sistema impone una particolare attenzione sulle misure che possono rilevarsi più efficaci al contrasto del fenomeno (ISTAT-2019).

Con l'emergenza sanitaria legata al Covid-19, tale problematica si è maggiormente acuita, perché è emersa la principale difficoltà di utilizzare al meglio i fondi stanziati e allo stesso tempo garantire l'integrità dei processi di realizzazione delle misure urgenti. Nello specifico è risultato difficile governare proprio le problematiche legate alle aree più a rischio dei servizi emergenziali, come gli appalti legati alla distribuzione di presidi medicali, lo smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri nonché i servizi funerari, messi a dura prova dall'elevato numero di decessi a causa del virus.

Purtroppo dopo la gestione emergenziale della pandemia legata al Covid 19, si sono susseguiti ulteriori elementi rischiosi per la governance dei fenomeni corruttivi. Gli scenari bellici internazionali, specie il conflitto russo-ucraino, ha indebolito l'economia dei Paesi dell'area euro, determinando, in alcune regioni,

delle vere e proprie emergenze sociali con un aumento degli abusi legati ai servizi essenziali (come lavoro, salute, istruzione, assistenza)

Per individuare maggiori elementi che possono influenzare l'attività dell'Istituto, è necessario fare riferimento, però, più dettagliatamente al contesto regionale in cui opera, con riferimento alle variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, si considerano sia i fattori legati al territorio di riferimento che allo specifico settore di intervento, nonché alle relazioni esistenti con i c.d. stakeholders esterni e di come quest'ultime possono influire sull'attività dell'Istituto.

Il quadro demografico e socio-economico

L'evoluzione degli indicatori demografici e socio-economici rivelano l'evoluzione dello stato di salute di una popolazione. Infatti, la composizione per età, l'indice di vecchiaia, la densità abitativa, le condizioni sociali e le modeste risorse economiche delle famiglie, associate a stili di vita scadenti, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Tali indicatori, indicano che la Campania è la terza regione più abitata d'Italia, ed è quella con la densità abitativa più alta (432 ab/km²), con un dato particolarmente alto nella città metropolitana di Napoli. L'età media si attesta intorno 42 anni, quindi al di sotto della media nazionale conferendo alla regione il primato di regione più giovane d'Italia. Tale indice, insieme alle ataviche carenze strutturali ed economiche riportano in Campania, però, anche il primato del più alto tasso di disoccupazione. Infatti malgrado i persistenti segnali di ripresa, i divari socio-economici esistenti nella regione, rispetto alle altre aree del paese restano ancora ampi ed interessano diversi aspetti del sistema economico regionale tra cui: le condizioni reddituali e di ricchezza, meno favorevoli rispetto a quelle esistenti nel resto del paese, la maggiore difficoltà di accesso dei giovani al mondo del lavoro e la minore produttività delle imprese. A livello pro capite, il PIL campano è stato pari a 18.214 euro, in linea con la media del Mezzogiorno, ma al di sotto della media nazionale. La combinazione di tali fattori, insieme agli stili di vita non corretti (tra cui: fumo, sedentarietà, alimentazione scorretta, obesità) e un basso grado di alfabetizzazione completano la sintesi. In tale sistema, la popolazione percepisce, in particolare, forti difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari regionali, lamentando soprattutto l'affollamento e la lontananza.

Il quadro ambientale e criminologico

La criminalità organizzata campana si presenta notevolmente fluida nelle sue manifestazioni, capace di esercitare un deciso controllo del territorio e nel contempo di prevedere una fase di vera e propria mimetizzazione. La camorra della regione, ma soprattutto quella napoletana, è in continua trasformazione, in conseguenza dei nuovi assetti che interessano alcune compagini, dei numerosi arresti effettuati e delle diverse collaborazioni con la giustizia intraprese da esponenti camorristi, rivelatori delle dinamiche interne ai sodalizi.

Gli alti livelli di flessibilità, adattabilità e innovazione che caratterizzano le matrici camorristiche confermano la loro capacità penetrativa nel tessuto socio-economico regionale, extra regionale e transnazionale, nonché la grande abilità nel rigenerarsi, trovando nuovi adepti e nuovi spazi di operatività, anche dopo essere stati colpiti da provvedimenti che incidono sia sulla struttura "militare", sia sugli assetti economici. La forza della camorra è rappresentata principalmente dalla grande disponibilità di capitali, evidenziata dagli ingenti sequestri e confisci che si susseguono senza soluzione di continuità, in grado di inquinare il sistema economico, incrementare episodi di corruzione ed intercettare investimenti destinati a settori strategici per il Paese.

In particolare, la regione Campania è da tempo al centro di una serie di complesse criticità nel settore del ciclo dei rifiuti, assurte a vera e propria "emergenza", che hanno generato una serie di ripercussioni sotto il profilo igienico-sanitario. Gli incendi nelle discariche abusive e l'inquinamento causato dallo smaltimento illecito di rifiuti solidi urbani interessano, in particolare, un territorio, noto come "Terra dei Fuochi", ricomprensivo le aree ricadenti nelle province di Napoli e Caserta (litorale domitio, agri aversano-atellano e acerrano-nolano-vesuviano), ove sono state registrate numerose iniziative da parte sia di associazioni e singoli cittadini, sia di enti locali e centrali. Il fenomeno ha assunto proporzioni allarmanti anche per la combustione dolosa dei rifiuti pericolosi e non, che sprigionando fumi densi, provocano la produzione di

diossina, riscontrata anche in percentuali dieci volte superiori ai limiti consentiti in numerosi campioni di foraggio, mangime, latte e suoi derivati.

Il panorama criminale della Provincia di Napoli è connotato da un'evidente frammentazione dei gruppi criminali conseguente alla loro disarticolazione (con la creazione di sodalizi più piccoli) in conseguenza dell'arresto o della latitanza degli elementi apicali. Altri motivi di tensione e di instabilità sono rappresentati dalle confessioni dei collaboratori di giustizia e dalla scarcerazione di esponenti storici dei clan che, nel tentativo di reinserirsi nei contesti criminali, generano tensioni.

Contesti degradati, dove le fasce più deboli della popolazione diventano preda della criminalità, a causa della crescente disegualianza socio-economica, continuano a rappresentare l'habitat ideale per attrarre i giovani che, sedotti da facili guadagni, forniscono ausilio alle organizzazioni camorristiche compiendo, così, il primo passo della loro carriera criminale. Tale quadro d'insieme favorisce una situazione di forte instabilità e fluidità che origina violenti scontri tra fazioni, strumentali al controllo delle attività illecite nelle aree territoriali d'influenza.

In questo contesto, come del resto i diversi procedimenti penali in corso dimostrano, le diverse realtà sanitarie della Campania devono contrastare quotidianamente i diversi tentativi di infiltrazione camorristica soprattutto nell'area dei servizi appaltabili e/o esternalizzabili.

Gestione della Performance

Il ciclo di gestione della Performance aziendale si articola nei seguenti ambiti specifici:

- Performance Organizzativa;
- Performance Individuale.

La prima fase del Ciclo di Gestione della Performance è quella della definizione degli obiettivi con relativi indicatori e valori attesi in relazione agli obiettivi strategici.

Esso è strutturato in diverse fasi: definizione e assegnazione degli obiettivi, collegamento tra obiettivi e risorse, monitoraggio costante e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, utilizzo dei sistemi premianti.

La prima fase del Ciclo di Gestione della Performance è quella della definizione degli obiettivi con relativi indicatori e valori attesi. Tale processo si sviluppa adottando una metodologia basata sull'adattamento delle quattro prospettive della Balanced Scorecard agli ambiti della performance organizzativa, previsti dall'articolo 8 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, alle quali, ai sensi della normativa vigente, viene aggiunta la prospettiva della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione. In tal modo, sono definite **cinque aree strategiche**, le quali rappresentano altrettanti "focus" del percorso strategico dell'Istituto connettendo strumenti manageriali con elementi amministrativi

Di seguito, si rappresentano le aree strategiche così definite:

Area strategica	Descrizione	Fonte normativa
1. Efficienza nell'impiego delle risorse	Contenimento e riduzione dei costi; ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi	D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera f
2. Coinvolgimento e crescita del personale	Attuazione di piani e programmi, modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali, obiettivi di promozione delle pari opportunità	D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera b, d e h
3. Qualità delle prestazioni e dei processi	Qualità e quantità delle prestazioni erogate, razionalizzazione e sviluppo attività e processi gestionali, sanitari e di ricerca	D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera g

4.Relazioni con gli stakeholder	Obiettivi collegati ai bisogni della collettività, relazioni con pazienti, cittadini, soggetti interessati, utenti, destinatari dei servizi, comunità scientifica, altri IRCCS ecc., sviluppo forme di partecipazione e collaborazione, rilevazione grado soddisfazione dei destinatari di attività e servizi	D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera a, c ed e
5.Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	Trasparenza; prevenzione della corruzione	D. Lgs. n. 33/2013 art. 10 comma 3)

Gli obiettivi sono oggetto di monitoraggio al fine di implementare eventuali interventi correttivi nel corso dell’esercizio ed evidenziare ritardi su cui incidere attraverso correzioni/accelerazioni nonché modificare gli stessi, gli indicatori, target che, per cause imprevedibili e indipendenti dalla volontà ed efficienza delle strutture, non possano essere raggiunti. Al termine dell’esercizio, attraverso l’attività di monitoraggio, l’Istituto acquisisce i risultati della performance organizzativa che, una volta certificati dall’OIV, con la validazione della Relazione sulla Performance, avvia il funzionamento dei sistemi premianti.

La citata Relazione sulla Performance costituisce anche il documento di rendicontazione dei risultati agli stakeholder interni ed esterni che completa il Ciclo di Gestione della Performance.

L’obiettivo primario dei processi valutativi consiste nel migliorare complessivamente i risultati aziendali e la qualità dei servizi prodotti, in un’ottica di valorizzazione e responsabilizzazione del personale verso il pieno svolgimento delle funzioni istituzionali affidate all’Ente. A tal proposito l’Istituto ha adottato con Delibera n. 158 del 1.02.2023 “Aggiornamento del Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance-Revoca delibera nr. 909 del 29.11.2019, l’insieme dei parametri a cui far riferimento per la determinazione della performance complessiva dell’Istituto (obiettivi strategici, organizzativi ed individuali), dei soggetti interessati nonché delle fasi e dei tempi procedurali.

CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE



2.4. Piano della Performance –

Gli obiettivi 2024 sono stati definiti dalla Direzione Strategica sulla base delle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione (Mantenimento dell’equilibrio economico; miglioramento della qualità dell’assistenza, Equità garanzia dell’accesso alle cure;), di quelli triennali assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica nonché di quelli regionali assegnati al Direttore Generale (D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019 pubblicata sul BURC nr. 48 del 09/08/2019) e quelli derivanti dalla normativa nazionale e regionale, stabilendo poi ulteriori obiettivi, anche con riferimento alle azioni contenute nel vigente Piano triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell’Istituto.

Ebbene, con Delibera nr. 36 del 02/02/2021, la Regione Campania ha riconosciuto l’importanza assunta dall’IRCCS nella Rete oncologica Campania nonché l’importante ruolo svolto nelle attività di ricerca. Al fine di dare continuità alla leadership che ha determinato, unitamente al gruppo lavoro Pascale, gli importanti risultati raggiunti dall’Ente, con il citato provvedimento, la Giunta della Regione Campania ha modificato la durata triennale del mandato conferito al dr. Attilio Antonio Montano Bianchi (con pregressa delibera nr. 377/2019) riconoscendo al Direttore Generale un incarico quinquennale, decorrente dal 12 ottobre 2019. Le Aree e gli obiettivi strategici sono quelli definiti ai sensi di quanto statuito dall’art. 8 del D.lgs. 150/2009 ss.mm.ii. mentre, per l’area strategica relativa alla trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione per la quale sono stati individuati gli obiettivi come PTPCT 2024-2026- Aggiornamento 2024.

Nell’attuale programmazione

La definizione delle attività, degli indicatori e dei risultati attesi, si basa sugli obiettivi regionali, assegnati al Direttore Generale, nonché su quelli triennali assegnati alla Direzione Strategica dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

La Direzione Strategica, individuati eventuali ulteriori obiettivi, assegna quelli operativi alle Strutture che, al loro interno, procedono all’assegnazione degli obiettivi individuali.

I principali attori del processo sono, pertanto, il Consiglio di Indirizzo e Verifica, la Direzione Strategica e il Collegio di Direzione, nonché le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali

Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi sono riportati nei report di sintesi afferenti a ciascuna area e tengono in considerazione delle innovazioni introdotte dal legislatore con decreto legislativo nr. 200/2022 nonché degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale con l’atto di conferimento di cui alla delibera 377/2019 (allegati A e B) nonché di quelli relativi all’implementazione del fascicolo sanitario elettronico.

Di seguito il link di cui alla Delibera n.57 DEL 26/01/2024 “OBIETTIVI OPERATIVI RELATIVI AL PIANO DELLA PERFORMANCE 2024-2026. Aggiornamento anno 2024” e ss.mm.ii..

https://istitutotumorina.portaleamministrazionetrasparente.it/archivio19_regolamenti_0_3179.html.

Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

Il corretto funzionamento del ciclo di gestione della performance si basa, soprattutto, sul grado di integrazione tra i processi, gli attori e gli strumenti di programmazione, misurazione e rendicontazione.

Nel corso degli anni, l’Istituto ha potenziato tali sinergie, con particolare riferimento all’integrazione tra performance, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione; il miglioramento dell’integrazione con l’ambito relativo alle pari opportunità, attraverso il Comitato Unico di Garanzia per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), rappresenta una importante azione di miglioramento del ciclo in argomento. Inoltre, l’inserimento del POLA quale sezione del Piano della Performance, evidenzia una nuova logica sottesa alla prestazione lavorativa che implica una definizione della stessa per gli obiettivi e per l’effetto una valutazione in termini quali/quantitativi.

Infine, un’ulteriore azione di potenziamento del sistema della performance è rappresentata dall’informatizzazione dell’intero processo, dalla definizione degli obiettivi riversati su ciascuna struttura fino alla misurazione e rendicontazione della stessa.

L'Istituto ha acquisito un sistema informatizzato che consentirà a ciascun Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale, di accedere alla piattaforma informatica e visualizzare gli obiettivi assegnati, gli indicatori e il relativo target.

Infine, con delibera della Giunta Regionale della Campania nr. 210 del 04 maggio 2022, pubblicata sul BURC nr. 43 del 09 maggio 2022., è stato approvato l'aggiornamento del fabbisogno regionale delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale assegnando alle Direzioni strategiche Aziendali nonché all'IRCCS Fondazione G. Pascale, precisi obiettivi di riassetto e di incremento delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie pubbliche.

Inoltre, la citata delibera ha previsto la redazione di un Piano Operativo Aziendale per il raggiungimento degli obiettivi erogativi assegnati in termini quantitativi e in termini di setting assistenziali più appropriati.

Qualità della ricerca

Le attività di Ricerca Corrente dell'Istituto, in coerenza con quanto riportato nel Piano Nazionale Ricerca Sanitaria, sono valutate e finanziate dal Ministero della Salute secondo i seguenti parametri:

- ✚ produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (55%);
- ✚ capacità di attrarre risorse (10%);
- ✚ attività assistenziale (20%);
- ✚ capacità di operare in rete (10%);
- ✚ trasferimento tecnologico (5%).

Gli obiettivi di performance per la ricerca derivano pertanto da questi indici stabiliti dal Ministero.

I ricercatori dell'Istituto rappresentano un'eccellenza a livello nazionale ed internazionale.

La qualità di queste eccellenze è testimoniata dall'incremento dei finanziamenti ottenuti attraverso bandi competitivi e da una notevole produzione scientifica che si traduce in un significativo aumento del numero di pubblicazioni.

Le performance dei ricercatori sono pertanto misurate dalla produzione scientifica valutata sulla base del numero e della qualità delle pubblicazioni scientifiche su riviste per reviewed indicizzate e sul numero di finanziamenti ottenuti attraverso bandi competitivi finanziati da istituzioni pubbliche (per es. Ministero della Salute, Comunità Europea etc) e private (per esempio AIRC, Telethon etc) nazionali ed internazionali. Sono considerati parametri rilevanti ai fini della valutazione di performance dell'Istituto per l'attività di ricerca corrente anche alcuni criteri espressione dell'attività assistenziale già utilizzati per gli altri obiettivi strategici quali le misure di complessità e di concentrazione della casistica o le misure di efficienza operativa.

Per quanto riguarda le capacità dei professionisti dell'Istituto di fare network nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e dei progetti di rete promossi dal Ministero della Salute vengono valutati il numero di trials clinici, nonché il numero di pazienti arruolati nelle sperimentazioni

2.4.1 Semplificazione e Digitalizzazione

L'IRCCS Fondazione G. Pascale è impegnato nel processo di semplificazione delle attività e delle procedure messe in atto e finalizzate a ridurre il peso della burocrazia su cittadini e imprese: semplificazione amministrativa vuol dire rendere più chiaro, comprensibile, rapido e snello il funzionamento della struttura tagliando passaggi procedurali e adempimenti inutili, eliminando tutto quello che è superfluo o addirittura di ostacolo per un buon funzionamento dell'amministrazione.

La semplificazione amministrativa è uno dei punti cardine del PNRR.

La figura del Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD) è stata introdotta attraverso la modifica dell'articolo 17 del CAD, Codice dell'Amministrazione Digitale, con i D.Lgs. 26/08/2016 n. 179 e D.Lgs. 13/12/2017 n. 217.

Inoltre, con Circolare n. 3 del 1 ottobre 2018, il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha sollecitato le amministrazioni a provvedere all'individuazione del RTD.

L'Ente ha individuato l'ing. Rocco Saviano, quale RTD, con determina del D.G. nr. 81 del 25 ottobre 2022 costituendo un ufficio per la transizione digitale

L'Istituto, infatti, è impegnato a far data dall'anno 2023 in un'attenta disamina del DCA27/2019 per accertare la conformità delle procedure amministrative implementate e di competenza delle diverse articolazioni aziendali rispetto a quanto definito dal citato DCA 27/2019 acquisito con delibera del DG 759 del 27/09/2019. Nell'anno 2023, la SC Gestione Risorse Economico/Finanziarie ha concluso l'acquisizione delle relazioni pervenute delle singole strutture in merito alle procedure affidate a ciascuna articolazione mentre, nell'anno 2024 è prevista una precipua verifica di quanto implementato rispetto alle procedure amministrative descritte nel citato DCA per una definizione delle predette al fine di semplificarle e definirle anche in relazione all'attuale funzionigramma aziendale

Inoltre, l'Istituto è impegnato in altre piccole progettualità finalizzate al miglioramento dei processi come l'attivazione di modulo web del software dell'Ingegneria Clinica per le richieste di manutenzione sulle apparecchiature biomediche; essa costituisce un'importante innovazione in quanto consente di gestire tutte le istanze manutentive per una migliore fruizione dei servizi da parte degli utenti

2.4.2 Piena accessibilità dell'amministrazione-Accessibilità digitale

Il processo di digitalizzazione dell'Istituto si articola su diversi fronti che, sinteticamente, si possono assimilare ai seguenti contesti:

Ambito dei procedimenti amministrativi

Ambito dei processi sanitari

Ambito della ricerca

Ambito delle tecnologie ICT

Il processo di digitalizzazione dell'Istituto si articola su diversi fronti che, sinteticamente, si possono assimilare ai seguenti contesti:

- Ambito dei procedimenti amministrativi
- Ambito dei processi sanitari
- Ambito della ricerca
- Ambito delle tecnologie ICT

Nell'ambito dei procedimenti amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di una progettualità regionale di più ampio respiro che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali delle diverse Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Sono inoltre in corso altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi delle Risorse Umane quali la dematerializzazione dei fascicoli del personale, delle procedure amministrativo-contabili.

Per i processi sanitari, si evidenziano rilevanti interventi di durata triennale per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera, dell'area radiologica, di diagnostica strumentale, che procedono di pari passo ad attività di messa in sicurezza del sistema informativo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud ovvero messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alla linee guida AgID.

Accessibilità digitale

Strettamente connessa alla semplificazione è la transizione digitale costituendo uno dei tre assi strategici del PNRR (che prevede misure dirette alla digitalizzazione della pubblica amministrazione ed in particolare, del SSN), è stata oggetto di una precisa pianificazione aziendale in merito all'identità digitale.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza ha, tra i suoi obiettivi, infatti, quello di diffondere l'identità digitale, assicurando che venga utilizzata entro il 2026 dal 70% della popolazione.

Secondo l'articolo 65 del Codice dell'Amministrazione digitale, i cittadini possono presentare per via telematica istanze e dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione esclusivamente identificandosi attraverso SPID, CIE o CNS. In questo caso le istanze e dichiarazioni sono equivalenti a quelle sottoscritte con firma autografa apposta in presenza del dipendente addetto al procedimento.

Ebbene, l'Istituto all'interno della Missione 1 Componente 1 del PNRR, finanziato dall'Unione europea nel contesto dell'iniziativa NextGenerationEU, afferente all'Investimento 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE", parte del Misura 1.4.4. "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale (SPID CIE) e dell'anagrafe nazionale digitale (ANPR)", ha presentato domanda di ammissione al progetto e al relativo finanziamento

In relazione a ciò l'Istituto ha previsto IMPLEMENTAZIONE dell' App IO (Pnrr Misura 1.4.3)

L'app IO è, infatti, il risultato di un progetto open source nato con l'obiettivo di mettere a disposizione di Enti e cittadini tutti i servizi pubblici digitali. La visione alla base di IO è mettere al centro il cittadino nell'interazione con la Pubblica Amministrazione, attraverso un'applicazione semplice e intuitiva disponibile direttamente sul proprio smartphone. In particolare, l'app IO rende concreto l'articolo 64 bis del Codice dell'Amministrazione Digitale, che istituisce un unico punto di accesso per tutti i servizi digitali, erogato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri..

IO permette

1) all'Istituto di:

- **inviare comunicazioni ai cittadini** tramite messaggi di notifica in app, semplicemente conoscendo il loro codice fiscale,
- **comunicare e gestire le scadenze** e ricevere pagamenti elettronici con maggiore facilità;
- inviare, ottenere e **gestire documenti** (atti, notifiche, certificati) in modo semplice e efficiente;
- **ridurre i costi** di gestione (delle notifiche, dei pagamenti, ecc.);
- **facilitare i pagamenti** e ridurre i costi di recupero dei crediti;
- **trasmette le notifiche relative all'elaborazione di taluni referti** (Referto di Laboratorio Analisi, Referto di Anatomia Patologica, Referto di Radiologia, Lettera di dimissione Ospedaliera, Referto prestazione Ambulatoriale, Prestazione Sanitarie)

2) ai cittadini di:

- ricevere tutti i **messaggi dell'Istituto** sul proprio smartphone, personalizzati, con la possibilità di gestirli in un archivio;
- gestire i propri **contatti di recapito** da un unico punto, con la facoltà di scegliere in ogni momento da quali servizi farsi contattare;
- essere **sempre aggiornati** sulle scadenze e gestire gli avvisi in modalità "integrata" (aggiungendo i promemoria nel proprio calendario personale con un clic);

- **effettuare pagamenti verso la Pubblica Amministrazione** attraverso pagoPA, in perfetta sicurezza e con diversi metodi di pagamento supportati (carte di credito, bancomat, PayPal, ecc.);
- portare sempre con sé lo **storico delle operazioni** e le relative ricevute di pagamento;
- ricevere e **conservare documenti**, ricevute, certificati direttamente nel proprio smartphone e condividerli con un ufficio pubblico in pochi clic;
- eleggere direttamente dalla app il proprio **domicilio digitale** (ad esempio per ricevere le raccomandate attraverso un indirizzo PEC);

La app permette inoltre agli utenti di fruire di taluni servizi direttamente con una riduzione drastica della burocrazia. Inoltre in molti casi IO permette un risparmio per l'Istituto, che può tradursi in un **costo minore per gli utenti** che fruiscono dei servizi.

Inoltre, l'emergenza sanitaria ha reso ancora più evidente, se necessario, quanto le infrastrutture digitali siano fondamentali e strategiche per il nostro Paese, al pari di infrastrutture tradizionali come le autostrade, le ferrovie, il sistema elettrico. L'adozione e la diffusione delle tecnologie digitali sono state infatti accelerate e favorite dalla pandemia per permettere nuove modalità di studio e lavoro da remoto.

Tra i fattori abilitanti della trasformazione digitale del Paese, un ruolo centrale è svolto dalle tecnologie di Cloud Computing, la cosiddetta "nuvola informatica", che permette di semplificare e ottimizzare la gestione delle risorse informatiche, nonché di facilitare l'adozione di nuove tecnologie digitali.

La necessità di tecnologie Cloud è destinata ad aumentare alla luce dell'incremento esponenziale del volume di dati trattati e della pervasività dei servizi digitali, che necessitano di infrastrutture espandibili. Questo irreversibile processo di trasformazione digitale della società ha imposto un'analogia trasformazione della Pubblica Amministrazione (PA), sia per assicurare una maggiore qualità, efficienza ed efficacia dei servizi pubblici, che per sostenere e creare nuove opportunità di sviluppo per l'economia digitale del Paese.

Per la PA, il ricorso al Cloud permette di raggiungere tali obiettivi con una significativa riduzione dei costi contribuendo, inoltre, ad aumentare l'efficienza energetica anche nell'ottica della sostenibilità ambientale. Al contempo, i differenti paradigmi architettonici e le modalità di erogazione dei servizi, impongono la necessità di adottare una strategia nazionale organica che possa imporre le necessarie garanzie di autonomia strategica e di resilienza del Paese, nonché di sicurezza e controllo nazionale dei dati dei cittadini e dei servizi offerti. Lo sviluppo di una nuova infrastruttura informatica a servizio della PA localizzata sul territorio nazionale, è costituita dal *Polo Strategico Nazionale (PSN)* che permetterà alla PA di garantire, sin dalla progettazione (*by-design*), il rispetto dei requisiti in materia di sicurezza, ad esempio PSNC e NIS, e di abilitare la migrazione.

Ebbene, in questo quadro programmatico, l'Istituto ha sarà impegnato, in esito ad un avviso a cui ha partecipato alle attività di migrazione di dati e servizi verso soluzioni cloud qualificate.

Sempre in questo contesto è stato perfezionato il processo di digitalizzazione relativo all'adozione degli atti deliberativi all'interno del sistema di gestione documentale amministrativa e di protocollo informatico.

Tale attività è correlata all'introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovando sito pubblico aziendale per la sezione Amministrazione Trasparente.

Sono inoltre in corso altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi delle Risorse Umane come l'aggiornamento dell'applicativo GOP in linea con i centri di costo nonché l'implementazione di un modulo web del software dell'Ingegneria Clinica per le richieste di manutenzione sulle apparecchiature biomediche

Per i processi sanitari, si evidenziano rilevanti interventi di durata triennale per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera, dell'area radiologica, di diagnostica strumentale, che procedono di pari passo ad attività di messa in sicurezza del sistema informativo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud ovvero messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alla linee guida AgID.

Ebbene, il processo di digitalizzazione nei termini sopra descritti e programmati consentirà ai cittadini di poter accedere immediatamente ai servizi offerti dall'Istituto e di poter fruire delle prestazioni ambulatoriali anche attraverso il sistema di teleconsulto e/o telemedicina implementato.

Inoltre, il potenziamento dell'offerta assistenziale soprattutto presso il nosocomio dell'Ascalesi, consente all'Ente di poter rispondere al bisogno di salute di quegli utenti che, per ragioni logistiche, possono essere più vicini al predetto presidio.

Invece, per quanto concerne le pari opportunità e l'equilibrio di genere, così come previsto dal Piano Azioni Positive e dal Piano della Performance, l'Istituto ha posto particolare attenzione alla regolamentazione del lavoro agile e del telelavoro. Prevedendo, infatti, un aggiornamento delle citate regolamentazioni nell'anno 2023, l'Istituto intende implementare tali forme di lavoro (da remoto) secondo le nuove regolamentazioni. Si tratta una forma di lavoro che concilia le esigenze lavorative con quelle di vita creando, anche attraverso percorsi formativi, un nuovo concetto di erogazione delle prestazioni valutabile per gli obiettivi.

Inoltre l'Istituto è impegnato attivamente nell'implementazione delle attività connesse all'equilibrio di genere anche attraverso una precisa iterazione tra il GEP e il CUG.

2.5. Pari opportunità ed equilibrio di genere.

Premessa

L'Istituto ha posto particolare attenzione al tema delle pari opportunità.

Già a far data dall'anno 2023 è stato previsto l'aggiornamento della regolamentazione del lavoro agile e del telelavoro. Prevedendo, infatti, un aggiornamento delle citate regolamentazioni nell'anno 2023, l'Istituto intende implementare tali forme di lavoro (da remoto) secondo le nuove regolamentazioni. Si tratta una forma di lavoro che concilia le esigenze lavorative con quelle di vita creando, anche attraverso percorsi formativi, un nuovo concetto di erogazione delle prestazioni valutabile per gli obiettivi.

Inoltre, sul portale istituzionale, sezione amministrazione trasparente, è stato pubblicato il "*Codice di condotta dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale per la tutela della dignità della persona e la prevenzione ed il contrasto alle molestie sessuali e morali*" adottato dall'Istituto con provvedimento nr. 1157 del 03/11/2023

https://istitutotumorina.portaleamministrazionetrasparente.it/archiviofile/istitutotumorina/Servizi_erogati/Liste_di_attesa/Deliberazione_57_2024.pdf

per il contrasto alla violenza di genere.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, è stato costituito con Deliberazione n. 234 del 27.02.2023 per il quadriennio 2023-2026.

Tra i compiti propositivi del CUG è individuata "la predisposizione di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne". Le azioni positive sono da considerarsi misure temporanee speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, tendono a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

Il Piano di Azioni Positive (PAP) 2022-2024 dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, inserito nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) approvato con deliberazione n. 354 del 27/03/2023, proponeva due azioni nell'ambito degli obiettivi 1) benessere organizzativo ed individuale e 2) promozione della cultura di genere.

La prima azione, relativa alle indagini di clima per il rilevamento della percezione del benessere organizzativo e dello stress da lavoro, è stata realizzata mediante la somministrazione a tutti i dipendenti di questionari redatti dal Servizio di Prevenzione e Protezione dell'INT in collaborazione con le figure previste dall'INAIL.

La seconda azione, relativa alla promozione di seminari, convegni, eventi, sui temi in materia di pari opportunità, è stata realizzata mediante l'allestimento di uno stand e la distribuzione di materiale informativo circa i compiti del CUG durante la notte della ricerca (27/09/2023).

Inoltre Il CUG ha supportato il Gender Equality Plan (GEP) nell'organizzazione dell'evento "Disparità di genere: radici sociali ed implicazioni nel diversity management in ambito biomedico" (20/11/2023).

In considerazione delle azioni del PAP pianificate e realizzate nel 2023, il CUG programma azioni aggiuntive dirette alla realizzazione delle finalità previste dalla Direttiva n. 2/2019 e riferite a tre principali ambiti di intervento: **1) promuovere la cultura delle pari opportunità; 2) migliorare il benessere lavorativo; e 3) rimuovere i fattori che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.**

In questo paragrafo sono illustrate le Azioni positive in attuazione dei principi di parità e pari opportunità nei luoghi di lavoro contro le discriminazioni in generale, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, dirette a favorire e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra tutti i lavoratori.

2.5.1 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Le azioni positive promosse dal CUG sono estese, ove possibile, a tutte le figure professionali che operano presso l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale. Il CUG si impegna a promuovere l'attuazione delle azioni mirate alla realizzazione degli obiettivi stabiliti, a monitorare lo stato di avanzamento del Piano, a valutare l'adeguatezza delle azioni adottate, a suggerire l'attuazione di nuove iniziative e il completamento di quelle già intraprese. Di seguito sono descritte le azioni specifiche programmate nell'ambito di ciascun obiettivo.

1. Formazione, informazione e sensibilizzazione per la promozione della cultura delle pari opportunità, con lo scopo di rimuovere i fattori che favoriscono le differenze e promuovono la presenza equilibrata delle lavoratrici e dei lavoratori nei vari ruoli del personale dipendente.

1.1 Promozione e sostegno alle attività del CUG. È necessario far conoscere le attività del CUG ad una platea di dipendenti dell'Istituto più ampia possibile. Il CUG dovrà impegnarsi nella comunicazione delle sue attività tramite la realizzazione di un apposito canale sul portale dell'Istituto, in cui raccogliere e diffondere, in modo organico e completo, tutte le informazioni circa le iniziative (es: eventi, convegni, seminari, corsi, etc.) utili per incentivare la cultura delle differenze e delle pari opportunità. Tutte le iniziative saranno oggetto di una più facile consultazione da parte del personale dell'IRCCS Pascale che potrà, quindi, avere una visione organica sia delle attività promosse direttamente dal CUG, che realizzate da altri soggetti interni ed esterni all'Istituto.

1.2 Organizzazione di eventi formativi. Il CUG continua la sua attività di preparazione di a) materiale informativo circa i compiti e attività del CUG; b) le modalità di consultazione dello sportello di ascolto; c) programma la divulgazione di documenti e linee guida prodotti dal tavolo tecnico regionale dei CUG del settore della Sanità della Regione Campania; e d) promuove iniziative di sensibilizzazione alla cultura delle pari opportunità nell'ambito dell'incontro annuale "La notte della ricerca". Inoltre il CUG supporta l'Amministrazione nell'individuazione dell'attività di formazione sullo smart working/tele-lavoro nonché in merito ai congedi e permessi riconosciuti alle donne dalle disposizioni vigenti. Tali eventi sono rivolti a tutto il personale dell'IRCCS Pascale sui temi inerenti le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione e valorizzazione del benessere lavorativo.

1.3 Predisposizione di un *vademecum* per la comunicazione rispettosa delle differenze di genere. Il CUG ha l'obiettivo di predisporre un *vademecum* per l'utilizzo di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere nelle attività di redazione di documenti, nella predisposizione di modulistiche e in tutti i processi di comunicazione interna ed esterna all'Istituto, in collaborazione con il gruppo di lavoro Gender Equality Plan (GEP). Per questo scopo è stata avviata la stesura del *vademecum* tenendo conto delle indicazioni fornite dai CUG di altri Istituti. Il *vademecum* verrà terminato nel 2024 e la sua adozione proposta a tutto il personale dell'Istituto per le comunicazioni interne ed esterne.

2. Promozione del benessere organizzativo volto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, affinché vengano garantiti l'assenza di qualsiasi discriminazione e si favorisca la migliore conciliazione tra lavoro e benessere personale attribuendo criteri di priorità a favore di coloro che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare.

2.1 Indagini conoscitive per la valutazione del "clima interno". L'Istituto si impegna a svolgere indagini sul benessere organizzativo e sulla valutazione dello stress lavoro-correlato. Ai sensi del d.lgs. 81/2008 in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, è disposta ogni due anni la valutazione del rischio di stress lavoro-correlato. Il gruppo di lavoro multidisciplinare (Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, Medici e Psicologi, Rappresentanti del CUG, Rappresentanti del GEP, Rappresentanti dei Lavoratori) si occupa dello svolgimento dell'indagine e della progettazione di interventi preventivi e migliorativi previsti nel documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato. L'ultima indagine è in via di completamento ed i risultati saranno disponibili per la fine del 2023 – inizio 2024. Nel triennio in corso, il CUG svolgerà un ruolo di promotore della programmazione delle azioni e degli interventi ai fini della riduzione o eliminazione del rischio di insorgenza di stress lavoro-correlato.

2.2 Realizzazione di un corso formativo per la gestione dei comportamenti ostili di soggetti con disagio. Il gruppo di lavoro coordinato dalla Responsabile dell'Unità di Psicologia Oncologica propone, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, un'attività formativa indirizzata agli operatori/trici sanitari/e per il riconoscimento e la gestione dei comportamenti ostili dei pazienti o dei loro familiari. Nell'attività formativa verranno fornite conoscenze e competenze aggiornate sia in merito al precoce riconoscimento che alla gestione della criticità attraverso tecniche di de-escalation non farmacologiche. Il corso fornirà gli strumenti per la comprensione/gestione dei rischi, le possibilità per evitarli, saper riconoscere il pericolo o la minaccia e apprendere le tecniche per affrontarli.

2.3 Telelavoro. L'Istituto, nell'ambito della pianificazione della performance anno 2023, ha previsto l'aggiornamento del regolamento in tema di tele-lavoro. Il CUG esercita i propri compiti di verifica in merito alle misure di conciliazione dei tempi di vita e lavoro, in accordo a quanto previsto dall'allegato n. 2 alla direttiva 2/2019, e nella relazione CUG 2022, ha valutato che l'attività lavorativa in modalità di telelavoro, part time verticale (18 ore settimanali) oppure lavoro agile ammontava a 185 unità (17% di tutto il personale dipendente) di cui la maggior parte (71%) erano donne. Il CUG supporta l'Istituto a potenziare il numero delle aree di attività per l'avviamento di progetti individuali di telelavoro. In particolare nel 2024 sarà esplorata dall'Istituto, la possibilità di attivare nuove forme di telelavoro, sulla base della nuova regolamentazione aziendale, intesa come ulteriori possibilità di conciliazione vita-lavoro. Come in passato il CUG assumerà un ruolo fondamentale per la promozione e la sensibilizzazione di dirigenti e responsabili di struttura sul tema della conciliazione vita privata-lavoro e sugli importanti vantaggi dell'adozione di questa modalità flessibile, anche con riferimento alla performance e ai risultati professionali.

2.4 Lavoro agile. Le linee guida del 9 dicembre 2021, riguardanti il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), ha ulteriormente chiarito che le amministrazioni devono valorizzare il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile. Seguendo, le predette indicazioni nonché quelle dettate dalla Direttiva n. 2/2019, il CUG sosterrà l'iniziativa dell'Istituto nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo. L'Istituto ha adottato direttive riguardanti il lavoro agile regolamentate con delibera n. 540 del 03.06.2022. Per quanto riguarda il ruolo di verifica del CUG si rimanda ai risultati della relazione CUG del 2022 descritti nella sezione 2.1. Il CUG quindi affianca l'Ente nell'organizzazione del lavoro agile.

2.5 Ferie solidali. Il CUG sostiene e supporta l'Amministrazione nell'attuazione delle diverse azioni finalizzate a garantire la fruizione delle ferie e riposi solidali, ovvero la possibilità per dipendenti di cedere, su base volontaria e a titolo gratuito, le ferie maturate (nei limiti previsti dalla regolamentazione collettiva e dalle disposizioni vigenti) ai colleghi che hanno necessità di prestare assistenza ai figli minori che necessitano di cure costanti per particolari condizioni di salute. Per l'anno 2021, secondo quanto rilevato dalla S.C. Gestione Risorse umane, sono state complessivamente cedute n. 111 giorni di ferie solidali. Tale istituto costituisce un utile strumento di solidarietà tra colleghi e favorisce il benessere organizzativo aziendale, intervenendo nella conciliazione tra vita privata e lavorativa dei dipendenti che abbiano necessità di assentarsi dal lavoro per assistere i figli minorenni con problemi di salute.

3. Contrasto a fenomeni discriminatori al fine di realizzare piena integrazione tra tutto il personale dell'IRCCS Pascale, garantendo l'assenza di qualunque forma di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla religione, alla lingua, alla provenienza etnica, alle convinzioni politiche, alle condizioni personali e/o di disabilità. Il CUG si impegna all'attuazione di misure volte a porre fine agli stereotipi di genere, secondo la Direttiva n.2/2019 e la Comunicazione n.152/2020 della Commissione Europea, anche in collaborazione con il GEP.

3.1 Promozione della cultura di genere. Il CUG ha programmato una serie di azioni in collaborazione con il GEP per identificare distorsioni e diseguaglianze di genere. Tra queste azioni sono comprese la valutazione a) della rappresentanza delle donne come responsabili di linee di ricerca (per il 2022-2024 i responsabili delle 4 macro-aree sono 5 ricercatrici e 3 ricercatori); b) la presenza femminile nei Comitati Indipendenti (nel 2022/2023 il Comitato Tecnico Scientifico e la Commissione Tecnica Brevetti hanno visto l'aumento di una unità femminile nella loro composizione); c) sono state individuate le referenti Aziendali dell'Istituto per la Medicina di Genere secondo il piano predisposto dal Ministero della Salute https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf che promuovono azioni informative sull'argomento; d) è stata proposta ed approvata la modifica della scheda di micro-progettazione degli eventi formativi dell'Istituto per incentivare la presenza femminile nei panels dei relatori; e) è stato adottato con atto deliberativo il "Codice di condotta per la tutela della dignità della persona, la prevenzione ed il contrasto alle molestie sessuali e morali" rivolto ai dipendenti.

3.2 Bilancio di genere. Il CUG, in linea con le prescrizioni contenute nell'art. 38-septies della legge n. 196 del 2009 e alla circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 9 del 29 marzo 2019, ha programmato la stesura del Bilancio di Genere con la collaborazione dei componenti dell'Amministrazione, della Direzione Sanitaria e del GEP, con lo scopo di pianificare le azioni più efficaci in termini di uguaglianza sociale, diritti e valorizzazione delle competenze delle persone. Il Bilancio di Genere ha un duplice obiettivo, di rendicontazione e di pianificazione. Esso fornisce un'analisi di contesto relativa alle diverse figure professionali e alla partecipazione di donne e uomini nella gestione delle attività dell'Istituto. Inoltre il Bilancio di Genere monitora le azioni a favore dell'eguaglianza di genere valutandone l'impatto. Il quadro che potrà emergere da questo documento rappresenta un punto di riferimento per orientare le scelte strategiche dell'Istituto. È importante sottolineare, inoltre, che il Bilancio di Genere è collegato e integra in modo imprescindibile il GEP la cui adozione è un requisito essenziale per l'accesso ai fondi stanziati dalla Commissione UE sul programma di finanziamento per la ricerca e l'innovazione "Horizon Europe".

Il Piano Triennale di Azioni Positive è stato discusso e approvato dal CUG nella riunione del 13/12/2023, è stato accolto favorevolmente dall'OIV-come da verbale nr. 1 del 22/01/2024- ed è stato trasmesso dal Suo Presidente- dr.ssa Maria Lina Tornesello- al Management Aziendale per gli atti conseguenziali

2.6 Rischi corruttivi e trasparenza- PTPCT 2024-2026

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Per favorire la partecipazione dei cittadini e dei portatori di interesse alle attività poste a tutela dei principi di legalità, integrità e trasparenza e di migliorare la strategia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, la procedura di adozione del Piano prevede forme di consultazione di soggetti interni ed esterni all'Ente (stakeholders).

A tal fine, è stato pubblicato, alla data del 08/01/2024, sul sito web dell'Istituto apposito avviso, contenente l'invito a far pervenire osservazioni e/o suggerimenti, da valutare per l'aggiornamento del Piano, consultabile al link: <https://newportal.istitutotumori.na.it/consultazione-per-laggiornamento-del-piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza-2024-2026/>.

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024/2026

AGGIORNAMENTO 2024

PREMESSA NORMATIVA

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2024-2026 è aggiornato considerando quale riferimenti normativi:

- la Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, all'art.1 comma 8, prevede l'adozione da parte di tutte le Pubbliche Amministrazioni destinatarie, entro il 31 gennaio di ogni anno, di un piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), che effettui l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente, indichi gli interventi volti a prevenirli;
- il D.Lgs. n.97/2016, di modifica al "decreto trasparenza" n.33/2013, sancisce che in luogo del Programma triennale per la Trasparenza ed Integrità, ogni amministrazione indica in un'apposita sezione del Piano Anticorruzione, i Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati richiesti dalla normativa sulla trasparenza;
- l'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", ha introdotto per le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 c. 2 del d.lgs. 165/2021, il Piano di attività e di organizzazione in cui elaborare anche un'apposita sezione relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- il DPR del 24 giugno 2022, n. 81, di attuazione dell'art. 6, co. 5 del decreto-legge n. 80/2021, ha definito gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- il DM del 30 giugno 2022, n. 132, di attuazione dell'art. 6 c. 6 del decreto-legge n. 80/2021, ha definito il contenuto tipo del PIAO;

- la Deliberazione n. 180 del 16/02/2023, Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), ai sensi dell'art. 1, co. 7, Legge n. 190/2012, e ss.mm.ii., per triennio 2023-2025 (dall'01/02/2023 al 31/01/2026);
- la Deliberazione n. °143 del 28/02/2014 con la quale l'IRCCS Pascale ha adottato il primo Piano Triennale della prevenzione della corruzione (P.T.P.C) ed il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (P.T.T.I), per il triennio 2014-2016, e i successivi provvedimenti di aggiornamento annuale (Determina del Commissario Straordinario n.10 del 02.02.2015, Deliberazione n. 56 del 29.01.2016, Delibera n. 50 del 27.01.2017, Delibera n.79 del 29.01.2018, Delibera del Direttore Generale n. 66 del 29/01/2019, Delibera del Direttore Generale n. 421 del 20/05/2019-aggiornamento dell'Allegato 3 alla Delibera del Direttore Generale n. 66 del 29/01/2019, Delibera n. 50 del 29/01/2020, Delibera n. 53 del 30/01/2020, Delibera n. 162 del 23/02/2021, Deliberazione n. 301 del 21/03/2022);
- Determina del Direttore Generale N. 43 del 28/04/2020 - Sostituzione Componenti del Nucleo Ispettivo interno ex art.13 del Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali, ai sensi dell'art.53 D.Lgs 165/2001 e L. 190/2012;
- Delibera n. 813 del 04/08/2020 - Regolamento per la gestione del conflitto di interessi;
- Delibera n. 926 del 21/09/2020 - Aggiornamento 2020 del Codice di Comportamento dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori- Fondazione "G. Pascale";
- Determina del Direttore Generale N. 139 del 02/11/2020 - Nomina componenti del Nucleo ad hoc – Piano Triennale per la Prevenzione Corruzione e della Trasparenza 2020-2022;
- Determina del Direttore Generale N. 173 del 28/12/2020 - Modifica ed integrazione determina del Direttore Generale n. 139 del 02/11/2020 ad oggetto: "Nomina componenti del Nucleo ad hoc – Piano Triennale per la Prevenzione Corruzione e della Trasparenza 2020-2022";
- Determina del Direttore Generale N. 23 del 23/02/2021- Regolamento Della Fondazione Irccs Pascale in Materia di Contrasto ai Fenomeni di Riciclaggio e Finanziamento del Terrorismo;
- Delibera n. 81 del 24.01.2022, come integrata dalla Delibera n. 106 del 03/02/2022 ad oggetto "Deliberazione n. 81 del 24.01.2022. Adozione regolamento unico in materia di inconfiribilità, incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali" – Errata corrige";
- Delibera n. 7 del 17/01/2023 "Piano Nazionale Anticorruzione 2022" e relativi allegati;
- Deliberazione N. 100 del 01/02/2023 di approvazione Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G. Pascale – triennio 2023-2025. Aggiornamento 2023.
- Deliberazione N. 354 del 27/03/2023 di Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 – 2025;
- Determina del Direttore Generale N. 59 del 28/06/2023 che ha nominato la nuova composizione del Nucleo Ispettivo Interno per le verifiche in materia di incompatibilità e conflitto di interesse.
- Deliberazione n. 1112 del 16/10/2023 di approvazione del Regolamento recante criteri per la rotazione del personale operante in aree a rischio di corruzione – Aggiornamento 2023;
- Deliberazione n. 1157 del 03/11/2023 di approvazione nel nuovo Codice di Comportamento Aziendale - aggiornamento anno 2023;
- Deliberazione N. 1140 del 23/10/2023 di approvazione delle "Procedure per La Segnalazione Di Illeciti E Protezione Delle Persone Che Segnalano Violazioni Del Diritto Dell'unione E Delle Disposizioni Normative Nazionali (Whistleblowing) – Aggiornamento Della Procedura Operativa In Delibera N. 391 Del 02/05/2018"
- Deliberazione n. 1194 del 08/11/2023 avente ad oggetto "Nomina referente aziendale Piano Integrato di Attività Organizzazione. Individuazione gruppo di lavoro-Rettifica ed integrazioni delibera nr. 967 del 19/10/2022";
- Deliberazione N. 1369 del 19/12/2023 ad oggetto: "Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance e Gruppo di lavoro per il PIAO. Composizione - Aggiornamento – Provvedimenti";
- D.lgs. del 31 marzo 2023 n. 36 recante "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";

- Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante "Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale";
- Delibera ANAC n. 262 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 24, comma 4, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 (FVOE) d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e con l'Agenzia per l'Italia Digitale e il relativo allegato;
- Delibera ANAC n. 263 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti recante «Modalità di attuazione della pubblicità legale degli atti tramite la Banca dati nazionale dei contratti pubblici» e il relativo allegato;
- Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023 "Adozione comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e relativo allegato;
- Delibera Anac n. 601 del 19 dicembre 2023 Modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33";
- la Delibera n. 605 del 19/12/2023 "Piano Nazionale Anticorruzione-Aggiornamento 2023".

SEZIONE I PARTE GENERALE

1. Introduzione

La disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) mira a massimizzare l'uso delle risorse a disposizione delle pubbliche amministrazioni per perseguire con rapidità gli obiettivi posti con il PNRR, razionalizzando tutta la disciplina di programmazione in un'ottica di massima semplificazione e migliorando la qualità dell'agire delle amministrazioni.

Il principale obiettivo perseguito è il valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità, degli utenti, degli stakeholder e dei destinatari del servizio pubblico. In tale ottica, il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali al valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'Istituto in termini di utilità ed efficienza, che rappresenta uno dei presupposti per la creazione di valore pubblico. Le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, quindi, prevenendo fenomeni di cattiva amministrazione e perseguendo obiettivi di imparzialità e trasparenza, sono essenziali per contribuire alla generazione di un valore pubblico perché riducono gli sprechi e orientano correttamente l'azione amministrativa.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) costituisce, infatti, il documento programmatico adottato dall'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Giovanni Pascale", in attuazione della L. 190 del 6 novembre 2012, quale strumento strategico finalizzato a prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e a perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Lo stesso concetto di valore pubblico è perfezionato, attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, a prevenire il fenomeno della corruzione e, più in generale, quello dell'illegalità mediante azioni ponderate e coerenti tra loro in grado di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corruttivi. Il Piano, pertanto, è destinato a dipendenti e collaboratori che prestano servizio presso l'Istituto ed è reso pubblico per tutti gli stakeholder interni ed esterni mediante consultazione pubblica.

Il presente Piano, di aggiornamento di quello triennale 2023-2025 adottato dall'Istituto, tiene conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute con il D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza¹ e del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, sul Codice dei contratti pubblici e ss.mm.ii. Esso è redatto, inoltre, in armonia con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione), della Delibera n. 1208 del 22 Novembre 2017 – Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione – della stessa Autorità, della recente Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 – Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, nonché della Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 – Piano Nazionale Anticorruzione 2019, delle indicazioni fornite con Comunicato del Presidente ANAC del 12 gennaio 2022, del *Vademecum* approvato dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022 – Sull'onda della semplificazione e della trasparenza. Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022 – del **Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA)**, approvato dal Consiglio dell'ANAC con Delibera n. 7 del 17/01/2023, nonché in accordo alle ulteriori indicazioni fornite nell'Aggiornamento 2023 al PNA 2022 dall'ANAC (Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023).

2. Oggetto e finalità del Piano

L'Istituto adotta e aggiorna il PTPC al fine di rafforzare i principi di legalità, di correttezza e di trasparenza nella gestione delle attività svolte. Lo scopo è contrastare il fenomeno della "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne

¹ Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche».

a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari². A tal fine, l'Istituto:

- individua le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, tenendo conto anche delle proposte dei Dirigenti dell'Ospedale;
- prevede meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni adatti a prevenire il rischio di corruzione;
- supporta l'attività del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano mediante la previsione degli obblighi di informazione nei suoi confronti;
- specifica le misure idonee a ridurre il rischio di corruzione;
- definisce le azioni di monitoraggio finalizzate alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva implementazione di eventuali e ulteriori strategie di prevenzione;
- chiarisce gli specifici obblighi in tema di trasparenza e integrità.

3. Adozione, modalità di aggiornamento e validità temporale

Il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione dell'Istituto viene adottato come sezione del PIAO 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). 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 scorrimento³. Inoltre, trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente. L'aggiornamento annuale avviene a cura del Responsabile per la prevenzione della corruzione previa consultazione pubblica. A tal fine, è stato pubblicato, alla data del 08/01/2024, sul sito web dell'Istituto apposito avviso, contenente l'invito a far pervenire osservazioni e/o suggerimenti, da valutare per l'aggiornamento del Piano, consultabile al link: <https://newportal.istitutotumori.na.it/consultazione-per-laggiornamento-del-piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza-2024-2026/>

Alla data del 18/01/2024, termine di scadenza dell'avviso, sono pervenute, con nota prot. n. 2273 del 16.01.2024, delle osservazioni/emendamenti da parte della O.S. Nursing Up. In riferimento alle proposte trasmesse, si rappresenta che gli argomenti indicati sono stati ampiamente illustrati nelle sezioni del PIAO e dettagliatamente trattate nel nuovo Regolamento recante criteri per la rotazione del personale operante in aree a rischio di corruzione – Aggiornamento 2023 di cui alla Deliberazione n. 1112 del 16/10/2023 e nel nuovo Codice di Comportamento Aziendale - aggiornamento anno 2023- Deliberazione n. 1157 del 03/11/2023.

4. Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza

Con riferimento alla previsione dell'art. 41 del d.lgs. 97/2016⁴, e secondo le indicazioni che sono contenute nel DM n. 132/2022, su richiesta del RPCT⁵, il Direttore Generale ha comunicato⁶, ai fini dell'inserimento nel presente piano, gli obiettivi strategici aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, e sono programmati dall'organo di indirizzo in modo che siano funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico, come elencati in Tabella 1.

² Determinazione n. 18 del 28 Ottobre 2015 dell'ANAC "Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione".

³ Art. 1, comma 8, legge 190/2012 e PNA 2014-2016.

⁴ L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

⁵ Nota Prot. 0000948/u del 08/01/2024.

⁶ Nota Prot. 0001345/i del 09/01/2024.

⁷ L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

Tab. 1 – Obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e garanzia della trasparenza

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	INCREMENTARE L'EFFICACIA DELL'AZIONE DI VERIFICA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA IN MODO TALE DA FAR EMERGERE E CONTRASTARE EVENTUALI FENOMENI PATOLOGICI
	DIFFONDERE COMPORAMENTI IMPRONTATI ALLA LEGALITA' NELL'ATTIVITA' AZIENDALE

Gli obiettivi strategici, accompagnati da una selezione di relativi obiettivi operativi, vengono trasmessi alla Struttura Permanente per la Valutazione della Performance per il successivo inserimento nel Piano della Performance, traducendosi in obiettivi organizzativi e individuali.

5. Coordinamento con i sistemi di controllo interno e il ciclo della performance e P.I.A.O.

In linea con le indicazioni fornite dall'ANAC e dalla normativa vigente, il PTPC deve maggiormente coordinarsi con il Ciclo della Performance dato il carattere strategico degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co. 8, Legge 190/2012, come novellato dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016⁷), con il sistema di controllo di gestione, rafforzando la collaborazione tra RPCT e OIV, o strutture con funzioni analoghe, per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO. In questa prima fase di implementazione del PIAO l'Istituto, con Delibera n. 967 del 19/10/2022, avente ad oggetto "Nomina referente aziendale Piano Integrato di Attività Organizzazione. Individuazione gruppo di lavoro", ha nominato un referente aziendale "accreditato" ad operare in nome e per conto dell'Ente nell'interfaccia con il Dipartimento della Funzione Pubblica, coadiuvato da una struttura di supporto in cui sono presenti tutte le professionalità che intervengono nella pianificazione descritta nell'ambito del PIAO.

In tal modo gli obiettivi e gli indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione devono diventare obiettivi organizzativi e individuali e, pertanto, diventare oggetto di misurazione e valutazione della performance organizzativa e di quella individuale dell'Istituto⁸, al pari degli altri obiettivi strategici e operativi aziendali, questi ultimi misurati dal sistema di controllo di gestione.

Dei risultati raggiunti si terrà conto nella Relazione Annuale della Performance, con rilevazione degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, oltre che nella stessa relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Un secondo momento di raccordo si realizza all'atto del monitoraggio periodico e sistematico del Responsabile delle Prevenzione della Corruzione mediate apposite comunicazioni ad hoc, inerenti sia tematiche legate alla prevenzione della corruzione che quelle attinenti alla trasparenza dell'azione amministrativa, dirette sempre all'Organismo Indipendente di Valutazione. In questo modo, ci si assicura che nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, si tenga conto anche del grado

⁸ Determinazione n. 12/2015, aggiornamento al PNA 2015, «Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della performance o documento analogo, sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più effettive e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa». Il decreto interministeriale del 30 giugno 2022., ha definito il contenuto tipo del PIAO prevedendo, oltre la scheda anagrafica dell'Amministrazione, l'articolazione dello stesso in tre sezioni rubricate: -Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione (art. 3) -Sezione Organizzazione e Capitale Umano (art. 4) -Sezione Monitoraggio (art. 5)

di raggiungimento degli obiettivi collegati alle politiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza amministrativa.

Inoltre, secondo quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, l'Organismo Indipendente di Valutazione, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. In tal modo, le attività svolte dall'Istituto per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano della performance sotto il profilo della:

- performance organizzativa (art. 8 del d.lgs. 150/2009) e, cioè, attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, co. 1, lett. b), d.lgs. 150/2009); 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, co. 1, lett. e), d.lgs. 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 (art. 9 del d.lgs. 150/2009). Vanno inseriti gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al RPCT, ai dirigenti apicali in base alle attività che svolgono per prevenire il rischio di corruzione ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-bis), l-ter), l-quater) del d.lgs. 165/200114, ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi individuati nel PTPCT (e dunque dell'esito della valutazione delle performance organizzativa e individuale), l'Istituto ne darà specificamente conto nella Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. 150/2009).

6. Soggetti, funzioni e responsabilità

Nei paragrafi che seguono vengono descritte le funzioni e le responsabilità dei soggetti che concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e che partecipano al processo di gestione del relativo rischio, aggiornate sulla scorta delle indicazioni nel tempo fornite dall'ANAC e dalla normativa vigente.

6.1 Il Direttore Generale

Il Direttore generale:

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (D.lgs. 97/2016, art. 41, co. 1, lett. g);
- assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
 - adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
 - adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e i relativi aggiornamenti;
 - decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
 - riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza⁹;

⁹ PNA 2016.

- in relazione al coinvolgimento nei termini sopra evidenziati, l’Autorità si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente allo stesso¹⁰.

6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

L’individuazione è stata effettuata sulla base della considerazione che le funzioni di RPCT devono essere preferibilmente assegnate a dirigenti non titolari di uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva o, comunque, attività nei settori più esposti al rischio corruttivo (v. PNA 2019). L’RPCT, che svolge anche le funzioni di Responsabile della trasparenza, coincide con il Direttore della SC Affari Generali, dott.ssa Elisa Regina, nominato con Deliberazione n. 180 del 16/02/2023.

6.2.1 Struttura organizzativa di supporto al RPCT

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall’art. 41 del d.lgs. 97/2016, l’organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT. Oltre alla previsione di poteri effettivi di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, le attività di predisposizione del Piano, la sua attuazione, il controllo delle misure previste e la rendicontazione dei risultati raggiunti richiedono la presenza di un presidio stabile a supporto delle attività affidate al RPCT. A tal fine, è confermato per l’anno 2023 il personale di supporto, coordinato dallo stesso RPCT, formato da due unità.

6.2.2 Sostituto dell’RPCT

A fronte di una temporanea e improvvisa assenza del RPCT, l’Istituto individua nel Direttore Generale il suo sostituto che, per le attività di competenza dell’RPCT che si troverà a svolgere, si avvarrà dell’Ufficio di supporto del Responsabile Anticorruzione.

Quando l’assenza si traduce, invece, in una vera e propria *vacatio* del ruolo di RPCT, il Direttore Generale provvederà alla nomina di un nuovo Responsabile, con l’adozione di un atto formale di conferimento dell’incarico.

6.3 I referenti per la prevenzione della corruzione e i dirigenti

In considerazione dell’impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali da parte del RPCT, con delibera n. 221 del 27/03/2014, l’Istituto “Pascale” ha individuato un gruppo di referenti aziendali per la prevenzione della corruzione, ai quali è attribuita l’importante funzione di collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di rendere concreti e applicabili i principi contenuti nel Piano e quelli dettati dalla normativa, nonché realizzabili le attività di monitoraggio e controllo.

6.4 Attività e poteri del RPCT

In ottemperanza della delibera n. 840 del 2018 ANAC, l’obiettivo principale assegnato al RPCT è predisporre il sistema di prevenzione della corruzione di un’amministrazione e verificare la tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

Laddove il RPCT sia destinatario di segnalazioni o comunque riscontri fenomeni di corruzione, in senso ampio, i suoi compiti si sostanziano in una valutazione di quanto rappresentato, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza. Qualora ricorra tale evenienza, è cura del RPCT rivolgersi agli organi interni o agli enti/istituzioni esterni, preposti ai necessari controlli, in una logica di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali – qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall’amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell’ente o amministrazione.

In materia di trasparenza nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, il RPCT deve occuparsi anche della 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, dell’attività di monitoraggio sulla effettiva

¹⁰ PNA 2016.

pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, assicurando anche che sia rispettata la “qualità” dei dati.

In materia di whistleblowing, il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima “attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute” da ritenersi obbligatoria, non spetta comunque al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall’amministrazione oggetto di segnalazione né accertare responsabilità individuali. Mentre, in materia di imparzialità soggettiva del funzionario, il RPCT ha proprie capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell’accertamento delle responsabilità soggettive e, per i soli casi di inconfiribilità, dell’applicazione di misure interdittive. A tali compiti si aggiungono quelli di segnalazione di violazione ad ANAC.

6.4.1 Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

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

- la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- in caso di commissione, all’interno dell’amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell’art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all’immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:
 - (1) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano (di cui al comma 5) e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
 - (2) di aver vigilato sul funzionamento e sull’osservanza del piano.

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

6.5 Rapporti del RPCT con altri organi e soggetti dell’amministrazione

Il RPCT coordina il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell’ente con il reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell’amministrazione. Tale coordinamento, oltre a rafforzare il ruolo di presidio del Responsabile, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche”, con conseguente maggiore probabilità di una concreta efficacia degli strumenti e delle azioni poste in essere.

6.5.1 Rapporti con gli organi di indirizzo

L’organo di indirizzo nomina il RPCT e assicura che lo stesso disponga di poteri idonei allo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO correlate con gli obiettivi di valore pubblico. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli del RPCT per la predisposizione del PTPCT

La collaborazione è continua e riguarda l’intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione. Tale coordinamento, oltre a rafforzare il ruolo di presidio del Responsabile, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche”. Nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l’ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000¹¹.

¹¹ Ai sensi del “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento” del 9 settembre 2014, art. 1, comma 1, lett. g), “Equivale a omessa adozione: a) l’approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di comportamento di amministrazione; b) l’approvazione di un provvedimento il cui contenuto riproduce in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da

6.5.2 Rapporti con i dirigenti e dipendenti

Con riferimento ai rapporti tra RPCT e dirigenti dell'amministrazione, la legge stessa indica che i dirigenti nonché i responsabili apicali dell'amministrazione sono tenuti a collaborare con il RPCT sia in sede di mappatura dei processi, sia in fase di stesura del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. I dirigenti amministrativi hanno partecipato attraverso tavoli tecnici tematici al processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative, e hanno concorso, coordinandosi opportunamente con il RPCT, alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione.

Inoltre, sono responsabili dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte personale di appartenenza.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei dipendenti (non dirigenti), è assicurato in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse. A tal riguardo, nel Codice di comportamento aziendale e nelle attività di monitoraggio intraprese dall'RPCT, sono ribaditi gli obblighi di informazione nei confronti del responsabile anticorruzione.

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

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

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

6.5.3 Rapporti con organi di controllo interno

L'Organismo Indipendente di Valutazione partecipa al processo di gestione del rischio ai sensi della normativa vigente, esercitando le funzioni ad esso affidate interfacciandosi opportunamente con il RPCT. Sinteticamente:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43, 44 e 45 D.Lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165 del 2001).

L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), opera in raccordo con il RPCT che è tenuto ad 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 della trasparenza. Nell'Istituto i ruoli

altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata;

c) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di comportamento emanato con il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62".

sono distinti e gli uffici disciplinari sono collegiali, ciò garantisce una maggiore tutela nei confronti di possibili situazioni di conflitto di interessi. Infatti, con Delibera n. 683 del 02/10/2017 sono stati nominati i componenti dell'Ufficio di Disciplina per i procedimenti disciplinari dell'area di comparto (in precedenza organismo monocratico), la cui composizione è stata ridefinita con la Delibera N. 541 del 03/06/2022 "Modifica in parte qua della Delibera 1257 del 9.12.2020". Mentre, con Delibera del Direttore Generale Deliberazione n. 1030 del 11/10/2021, l'Istituto ha provveduto alla "Costituzione ex novo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari del personale Dirigente dipendente Area Sanità e del personale Area delle funzioni locali (sez. Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali) dei nuovi componenti dell'Ufficio di Disciplina per i Procedimenti disciplinari del personale dell'area dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza dell'area SPTA".

Un ulteriore aggiornamento ha, infine, riguardato il regolamento per i procedimenti disciplinari dell'area di comparto (Delibera del Direttore Generale n. 668 del 28/09/2017), le cui disposizioni sono state rafforzate con la Delibera n. 1319 del 22/12/2020 concernente le norme procedurali applicabili all'azione disciplinare per le infrazioni di cui al co. 3, art. 55 sexies, D.Lgs. 165/2001.

6.5.4 Rapporti con il Responsabile unico del procedimento (RUP)

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) è il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo a pregiudizio del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa. Il RPCT e RUP collaborano principalmente nella valutazione circa la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto. Infatti, si raccordano per garantire un supporto reciproco: per il RUP, nella valutazione circa la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto e per il RPCT nell'ambito della verifica della idoneità e attuazione delle misure inserite nei Piani e della sua conoscenza tempestiva di eventuali scostamenti dall'attività programmata.

6.5.5 Rapporti con il Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) è individuata in una professionalità interna all'ente ma può assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente. L'Istituto con la determina del D.G. n. 50 del 22.05.2018 ha nominato quale Responsabile della Protezione dei Dati, l'ing. Alessandro Manzoni. Il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, e come prima istanza per le questioni di accesso civico e/o generalizzato riguardante per profili *rationae materiae* del RPD.

6.5.6 Rapporti con i responsabili delle altre sezioni del PIAO

Per la corretta programmazione del P.I.A.O. l'Istituto con Delibera 1194 del 08/11/2023 ad oggetto "*Nomina referente aziendale Piano Integrato di Attività Organizzazione. Individuazione gruppo di lavoro-Rettifica ed integrazioni delibera nr. 967 del 19/10/2022*" ha nominato come Referente aziendale dell'Istituto nell'interfaccia con il Dipartimento della Funzione Pubblica la Dott.ssa Elena Cipolletta - Dirigente Amministrativo Responsabile della S.S. Ufficio liquidazione della SC Coordinamento delle Funzioni Centrali, coadiuvato da una struttura di supporto in cui sono presenti tutte le professionalità che intervengono nella pianificazione descritta nell'ambito del PIAO. La cabina di regia, infatti, è formata dai Dirigenti responsabili delle varie sezioni del PIAO, tra cui RPTC, che attraverso tavoli tecnici periodici svolgono, su un piano di assoluta parità e autonomia valutativa, la programmazione e la predisposizione del primo P.I.A.O dell'Istituto.

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

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il PNA 2016 richiede l'indicazione all'interno del Piano del nominativo del RASA, quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione¹². Tale previsione è stata mantenuta anche nell'ultimo PNA 2019.

¹² In caso di mancata indicazione nel PTPC del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità si riserva di esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della L. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale

A seguito della richiesta formale del RPCT indirizzata all’Organo di vertice, l’incarico conferito nel 2021 al Dott. Antonio Seller, Direttore della SC Gestione Beni e Servizi, quale RASA aziendale, è stato confermato anche per l’anno in corso dal Direttore Generale.

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

In ottemperanza a quanto disposto dal decreto del Ministero dell’interno del 25 settembre 2015 «Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l’individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione», con note DG Prot. 91 del 24/01/2017, DG n. 62 del 9 Gennaio 2018 e n. 836 del 09/01/2020, D.G. n. 2129 del 20.01.2021 e della Determina del Direttore Generale N. 23 del 23/02/2021 - “Regolamento Della Fondazione IRCCS Pascale in Materia di Contrasto ai Fenomeni di Riciclaggio e Finanziamento del Terrorismo” è stata individuata la Dott.ssa Iolanda Attanasio, Direttore SC Internazionalizzazione della Ricerca, quale Gestore delle segnalazioni, confermato anche per l’anno in corso dal Direttore Generale. Per gli interventi finanziati con i fondi PNRR, al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette è garantita la piena accessibilità alle informazioni e alla documentazione inerente all’esecuzione dei progetti e alla rendicontazione delle spese.

6.5.9 Rapporti con gli stakeholder

Nella fase di predisposizione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e di monitoraggio sul funzionamento complessivo di tali strumenti di programmazione, RPTC realizza forme di consultazione, da strutturate e pubblicizzate, mediante raccolta di osservazioni via web, volte a sollecitare proposte e suggerimenti da parte degli stakeholder, in quanto portatori di interessi rilevanti per la stessa, anche per individuare le priorità di intervento e correttivi.

SEZIONE II GESTIONE DEL RISCHIO

1. Premessa

Pur in continuità con i precedenti PNA, l’Autorità ha ritenuto di sviluppare e aggiornare nel PNA 2019 le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo, secondo quanto indicato nell’Allegato 1 allo stesso Piano Nazionale Anticorruzione. Atteso che l’Istituto ha già impostato i PP.TT.PP.CC.TT. negli anni ricorrendo all’allegato 5 al PNA 2013, nel 2020 gli sforzi si sono concentrati nell’adozione del nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo) illustrato nell’Allegato 1 al PNA 2019, in modo tale da garantirne l’operatività, come da indicazioni dell’Autorità, a partire dal PTPCT 2021/2023 e, dunque, anche per l’anno corrente.

2. Metodologia per la gestione del rischio

La gestione del rischio corruzione è lo strumento utilizzato per ridurre le probabilità che il rischio di corruzione si verifichi. L’approccio metodologico adottato è quello suggerito dal PNA 2019.

La Figura 1 riassume le principali fasi del processo di gestione del rischio, alle quali vanno aggiunte, in linea con le indicazioni della norma internazionale UNI ISO 31000:2010, le fasi trasversali della comunicazione e consultazione nonché del monitoraggio e riesame.

Fig. 1 – Fasi del processo di gestione del rischio¹³



mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest’ultimo.

¹³ Fonte, Aggiornamento 2015 al PNA.

Per la gestione del rischio, si è fatto ricorso alla medesima *task force* multidisciplinare, costituita dai referenti aziendali del responsabile anticorruzione, come meglio individuati nella Delibera n. 221/2014.

In particolare, alla *task force* sono stati affidati i seguenti compiti:

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

3. Analisi del contesto esterno e interno

Ai fini dell'analisi del contesto interno ed esterno si rinvia all'apposita sezione del PIAO 2024-2026.

4. La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio). La macro-fase si articola in tre momenti o sub-fasi (cfr. Figura 1):

- 1) identificazione del rischio;
- 2) analisi del rischio;
- 3) ponderazione del rischio.

4.1 Identificazione 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 e interno all'Istituto, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dello stesso¹⁴. L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'Istituto. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'Istituto. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive¹⁵», compromettendo l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

Attraverso l'analisi del contesto interno ed esterno all'Istituto e sulla base delle indicazioni/suggerimenti forniti nel tempo dalle autorità competenti, in ultimo il PNA 2019¹⁶, sono state confermate le 7 aree a rischio già individuate nella precedente mappatura, e 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.

La *task force* multidisciplinare, costituita dai referenti aziendali del responsabile anticorruzione, ha assunto un ruolo centrale nella definizione dei processi attuati dall'Istituto, ma anche per orientare le azioni relative alle successive fasi di valutazione e trattamento del rischio. Non potendo ricorrere allo strumento della riunione in presenza a causa dell'emergenza Covid-19, con nota Prot. n. 28360 del 06/10/2020, è stato

¹⁴ Allegato 1, par. B.1.1.2, PNA 2013

¹⁵ PNA, All. 1 par. B.1.2.1, p. 24.

¹⁶ Allegato 1 al PNA 2019 «È opportuno ribadire che i processi individuati dovranno fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio».

chiesto ai referenti, per ciascuna delle aree di rispettiva competenza, di rivedere/confermare/integrare i rischi elencati nell'Allegato 3 al PTPCT 2020-2022, in modo tale da giungere ad un nuovo cruscotto di individuazione, gestione e monitoraggio del rischio corruzione entro fine anno 2020, provvedendo, per ciascuna delle aree di rischio, all'individuazione dei processi e sub-processi, nonché alla descrizione dei rischi individuati. Allo scopo, i referenti sono stati supportati dall'ufficio dell'RPCT attraverso riunioni in web-call.

4.2 Analisi del rischio

La fase di analisi del rischio 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.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti¹⁷ degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

A ciascun referente, per competenza, è stato comunicato, in vista della successiva fase di ponderazione, di considerare i seguenti fattori abilitanti, come suggeriti nell'Allegato 1 al PNA 2019:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento o esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

4.3 Ponderazione del rischio

Pur in continuità con i precedenti Piani Nazionali Anticorruzione, l'Autorità ha ritenuto di sviluppare e aggiornare, nell'Allegato 1 al PNA 2019, le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo, allo scopo di indirizzare e accompagnare le pubbliche amministrazioni, le società e gli enti chiamati ad applicare la legge 190/2012 verso un approccio alla prevenzione della corruzione che consenta di considerare la predisposizione del PTPCT come un processo sostanziale e non meramente formale.

Accogliendo la richiesta dell'ANAC, l'Istituto ha dato evidenza a questo aspetto adottando un nuovo approccio valutativo di tipo qualitativo, come suggerito dall'Autorità. In particolare, il livello di esposizione al rischio è stato definito ricorrendo all'approccio qualitativo (in cui il livello di rischio è espresso in termini descrittivi) e non più semi-quantitativo (in cui il livello di rischio è espresso, invece, in termini numerici). La nuova metodologia di stima del rischio individua tecniche qualitative basate su valori di giudizio soggettivi, sulla conoscenza effettiva dei fatti e sulle situazioni che influiscono sul rischio. In tal modo, la valutazione del rischio avviene considerando la stima delle probabilità e delle conseguenze del rischio se si verificasse. Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità), si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento. Per ciascun rischio individuato nella precedente fase di "identificazione del rischio", a ciascun referente è stato chiesto

¹⁷ Nell'aggiornamento al PNA 2015 si era già riferito alle "cause" degli eventi rischiosi. Nel PNA 2019, si preferisce tuttavia utilizzare il concetto di "fattori abilitanti" poiché non sempre è individuabile un vero e proprio rapporto di causa-effetto.

di valutarne l'intensità dello stesso considerando le due determinanti "probabilità di accadimento" ed "entità del danno", ricorrendo ad una scala di misura uniforme di tipo ordinale "Alto, Medio e Basso". Al fine di agevolare il lavoro dei referenti, l'ufficio di supporto al RPCT, ha così predisposto un foglio di calcolo excel (Figura 2a e 2b) ricorrendo, nel valore di sintesi o complessivo, alla "moda", cioè il valore che si presenta con maggiore frequenza tra quelli selezionati. La stima delle probabilità e delle conseguenze è avvenuta per il mezzo di descrittori.

I descrittori delle probabilità e il relativo significato sono i seguenti:

1. **Discrezionalità** - esprime la possibilità, da parte di un soggetto, di assumere decisioni riferite ad un processo/procedimento/attività basandosi sulla propria conoscenza e comprensione soggettiva;
2. **Benefici** - considera eventuali vantaggi o benefici per i destinatari derivanti dallo svolgimento del processo/procedimento/attività;
3. **Procedimenti interni/esterni** - concerne eventuali procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria/contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo.
4. **Misure esistenti** - considera eventuali misure già in essere e la loro capacità di ridurre il rischio;
5. **Ampiezza del procedimento** - concerne la partecipazione/coinvolgimento di più attori (uffici, enti, amministrazioni) al processo/procedimento.

Mentre, per le conseguenze sono stati utilizzati i seguenti descrittori di impatto:

1. **Reputazionale**, considera il venir meno della fiducia da parte dell'opinione pubblica nell'operato dell'Istituto a seguito della divulgazione di notizie relative ad eventi corruttivi;
2. **Organizzativo**, considera l'impatto sull'organizzazione del servizio e/o sulla continuità dello stesso;
3. **Economico**, esprime le conseguenze o il danno economico conseguente l'evento.

Un'apposita griglia di valutazione è stata poi predisposta per la definizione del livello complessivo di rischi di tipo qualitativo (Figura 3), così definita:

- ai valori 11, 12, 21 è associato un livello di rischio complessivo "Basso";
- ai valori 13, 22, 31 è associato un livello di rischio complessivo "Medio";
- ai valori 23, 32, 33 è associato un livello di rischio complessivo "Alto".

Si precisa che i richiamati valori numerici non rappresentano la somma dei valori attribuiti ai livelli di probabilità e impatto, ma corrispondono alla scala di combinazioni possibili con i valori indicati.

Fig. 2a – Foglio di calcolo utilizzato per la stima delle probabilità

STIMA DELLE PROBABILITA'				
DESCRITTORE	SIGNIFICATO	LIVELLO	VALUTAZIONE PROBABILITA'	
Discrezionalità	Esprime la possibilità, da parte di un soggetto, di assumere decisioni riferite ad un processo /procedimento /attività basandosi sulla propria conoscenza e comprensione soggettiva	ALTA	Il processo /procedimento /attività è altamente discrezionale	
		MEDIA	Il processo /procedimento /attività è mediamente discrezionale	
		BASSA	Il processo /procedimento /attività è marginalmente o per niente discrezionale	
Benefici	Considera eventuali vantaggi o benefici per i destinatari derivanti dallo svolgimento del processo/procedimento/attività	ALTA	Il processo /procedimento /attività dà luogo a consistenti benefici	
		MEDIA	Il processo /procedimento /attività dà luogo a rilevanti benefici	
		BASSA	Il processo /procedimento /attività dà luogo a irrilevanti benefici	
Procedimenti interni/esterni	Concerne eventuali procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria/contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo.	ALTA	Almeno un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria/contabile nell'ultimo anno o è stato presentato almeno un ricorso amministrativo nei confronti dell'Azienda o è stato avviato un procedimento disciplinare nei confronti di dipendenti coinvolti nel processo nell'ultimo anno	
		MEDIA	Almeno un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria/contabile nell'ultimo triennio o è stato presentato almeno un ricorso amministrativo nei confronti dell'Azienda o è stato avviato un procedimento disciplinare nei confronti di dipendenti coinvolti nel processo nell'ultimo triennio	
		BASSA	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria/contabile nell'ultimo triennio o nessun ricorso amministrativo presentato nei confronti dell'Azienda o nessun procedimento disciplinare nei confronti di dipendenti coinvolti nel processo nell'ultimo triennio	
Misure esistenti	Considera eventuali misure già in essere e la loro capacità di ridurre il rischio	ALTA	La misura in essere non è in grado di ridurre il rischio	
		MEDIA	La misura in essere è in grado di ridurre parzialmente il rischio	
		BASSA	La misura in essere è in grado di ridurre il rischio	
Ampiezza del procedimento	Concerne la partecipazione/coinvolgimento di più attori (uffici, enti, amministrazioni) al processo/procedimento	ALTA	Il processo/procedimento coinvolge altre amministrazioni o enti	
		MEDIA	Il processo/procedimento coinvolge due o più uffici interni all'Istituto	
		BASSA	Il processo/procedimento è interno al singolo ufficio	
			Valutazione Probabilità	#N/D

Fig. 2b – Foglio di calcolo utilizzato per la stima delle probabilità

STIMA DELLE CONSEGUENZE				
DESCRITTORE	SIGNIFICATO	LIVELLO	VALUTAZIONE IMPATTO	
Reputazionale	Considera il venir meno della fiducia da parte dell'opinione pubblica nell'operato dell'Istituto a seguito della divulgazione di notizie relative ad eventi corruttivi.	ALTA	Negli ultimi anni lo stesso evento o eventi analoghi hanno assunto rilevanza sulla stampa internazionale, oltre che nazionale e locale	
		MEDIA	Negli ultimi anni lo stesso evento o eventi analoghi hanno assunto rilevanza sulla stampa nazionale, oltre che locale	
		BASSA	Negli ultimi anni lo stesso evento o eventi analoghi hanno assunto rilevanza sulla stampa locale	
Organizzativo	Considera l'impatto sull'organizzazione del servizio e/o sulla continuità dello stesso	ALTA	Interruzione del servizio totale o parziale	
		MEDIA	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Istituto o risorse esterne	
		BASSA	Nessun o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio	
Economico	Esprime le conseguenze o il danno economico conseguente l'evento	ALTA	Il processo /procedimento /attività comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni	
		MEDIA	Il processo /procedimento /attività comporta l'attribuzione di limitati vantaggi economici a soggetti esterni	
		BASSA	Il processo /procedimento /attività comporta l'attribuzione di vantaggi a rilevanza interna	
			Valutazione Impatto	#N/D
			VALUTAZIONE COMPLESSIVA = (P & I)	#N/D

Fig. 3 – Griglia dei valori di intensità del rischio

GRIGLIA DI VALUTAZIONE (P & I)			
33			
32	23		Rischio Basso
31	13		Rischio Medio
22			Rischio Alto
21	12		
11			

I risultati di questa fase sono rinvenibili nell'Allegato 1 al PTPCT 2021-2023, riportati in pari Allegato anche nel presente Piano.

5. Trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo di modificazione del rischio¹⁸, ossia è il momento in cui si individuano i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi¹⁹. L'individuazione delle misure deve avvenire anche in considerazione della successiva fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili²⁰.

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

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, che presuppone l'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure da parte dell'Istituto;
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione²¹.

In linea con la pianificazione definita dal PTPCT 2020-2022, all'esito dei lavori del gruppo multidisciplinare del RPCT, per ciascun rischio individuato e pesato secondo l'approccio qualitativo, sono state definite anche le misure atte a prevenirlo e le strutture responsabili della loro attuazione. I risultati di questa fase sono illustrati, anche per il triennio 2024-2026, nell'Allegato 2 al presente Piano.

5. Misure di prevenzione della corruzione

L'aggiornamento 2015 al PNA, superando la distinzione tra misure "obbligatorie²²" e misure "ulteriori", sottolinea la necessità che ciascuna amministrazione individui strumenti specifici idonei a mitigare i rischi di corruzione emersi dalla fase di analisi e ponderazione, suggerendo una classificazione che distingue tra:

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

Tale distinzione è stata mantenuta anche nel PNA 2019, di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, e dal PNA 2023. Pertanto, in aggiunta alle misure specifiche riportate nell'Allegato 2 al presente Piano, son state individuate ulteriori misure generali.

6. Misure specifiche

Partendo dalle misure specifiche, l'Allegato 2 al PTPCT 2023/2025, per ciascun rischio individuato e pesato secondo l'approccio qualitativo, individua le misure specifiche definite dal gruppo multidisciplinare del RPCT anche per l'anno 2024, allo scopo di prevenire il verificarsi degli stessi.

¹⁸ PNA 2013

¹⁹ PNA 2015

²⁰ PNA 2015

²¹ PNA 2015

²² Nel PNA 2013 le misure obbligatorie sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative, mentre le "ulteriori" sono costituite da quelle misure individuate e inserite nel PTPC discrezionalmente dall'amministrazione. Tale inserimento le rende obbligatorie per l'amministrazione che le ha previste.

Preliminarmente, va osservata la metodologia utilizzata per l'attività di monitoraggio e rendicontazione dei risultati. Per ciascun rischio sottoposto a trattamento vengono individuate le strutture tenute all'adozione delle relative misure di contrasto, nonché le unità organizzative tenute a rendicontare sulle attività di controllo svolte al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Atteso che, ai fini della verifica dell'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste, il RPCT provvede a richiedere ai responsabili delle strutture organizzative, informazioni in merito all'attuazione delle misure e delle attività di prevenzione poste in essere, alle strutture competenti viene chiesto di fornire un report/relazione sintetica sulle azioni intraprese concernenti l'adozione della misura indicata ovvero il contenuto della reportistica di controllo nei confronti del RPCT. In altre parole, ai responsabili delle strutture, per competenza, viene chiesto di rendicontare o sullo stato di attuazione della misura programmata (attività di implementazione della misura) o sulle attività di controllo/verifica previste, dirette ad accertare la reale adozione della misura pianificata ovvero su entrambe.

Risultati conseguiti 2023

Considerando, dunque, le determinanti del processo di gestione del rischio corruzione e gli obiettivi programmati di cui all'Allegato 2 al PTPCT 2023/2025, il grado di realizzazione delle misure in termini percentuali, per singola area, può essere così sintetizzato:

Area 1, Contratti pubblici: affidamento di lavori, servizi e forniture, 100% delle misure;

Area 2, Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, 100% delle misure;

Area 3, Acquisizione e progressione del personale/incarichi e nomine, 100% delle misure;

Area 4, Affari legali, generali e contenzioso, 100%;

Area 5, Farmaceutica e dispositivi, 100%;

Area 6, Alpi e liste di attesa, 100%;

Area 7, Decesso in ambito ospedaliero, 100%.

L'Allegato 3 al presente Piano fornisce, invece, il dettaglio analitico di tali risultati.

6.1 Obiettivi 2024 per l'Area 1 - Contratti pubblici: affidamento di lavori, servizi e forniture

Il nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016, hanno determinato un nuovo quadro di riferimento nel settore e allo stesso tempo hanno consolidato alcuni istituti introdotti negli ultimi anni.

Alla luce delle disposizioni vigenti, infatti, il settore della contrattualistica pubblica risulta governato da norme differenziate a seconda che si tratti di interventi di PNRR/PNC, di procedure avviate con il previgente d.lgs. 50/2016 ovvero di procedure avviate in vigore del nuovo Codice.

Pertanto, il nuovo assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 ha determinato l'applicazione di diversi iter procedurali secondo la seguente tripartizione:

- a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- b) procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Per tutte le suddette procedure di affidamento, si precisa che, a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023, sono state fornite puntuali indicazioni dall'Autorità (Delibere Anac n. 261 e 264 del 2023 e l'aggiornamento al PNA 2023), sui diversi regimi di trasparenza da attuare in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato di esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023, come dettagliati nell'apposita sezione trasparenza del presente Piano.

Per quanto concerne il profilo della prevenzione l'Anac con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022 ripropone, sostituendo integralmente, le indicazioni riguardanti le criticità, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione già contenute nel PNA 2022, con gli opportuni adattamenti, modifiche e aggiornamenti normativi, ed eliminazione delle parti superate ovvero non più in vigore dopo la data di efficacia del d.lgs. 36/2023 del 1° luglio 2023.

Le criticità individuate nelle diverse fasi del ciclo dell'appalto sono riportate di seguito in via esemplificativa:

A) fase di affidamento:

- possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;
- può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti affidatari, al di fuori dei casi di cui all'articolo 49, comma 5, del Codice, disattendendo la regola generale dei "due successivi affidamenti";
- per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa piuttosto che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- è possibile il rischio di situazioni di conflitto di interessi con particolare riferimento alla figura del RUP e del personale di supporto;
- si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara.

B) fase di esecuzione, invece:

- si potrebbero osservare comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal nuovo Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- è possibile il rischio connesso all'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice.

Da qui l'importanza, secondo l'ANAC, di presidiare con misure di prevenzione della corruzione tutti gli affidamenti sia in deroga sia ordinari alla luce delle disposizioni normative richiamate. Nella **Tabella 1** dell'aggiornamento 2023 l'Autorità identifica le criticità e misure di mitigazione per le procedure di affidamento avviate dal 1°luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice che le amministrazioni possono considerare nell'elaborazione dei propri PTPCT. Tali misure hanno carattere esemplificativo e possono, quindi, essere adattate alle realtà organizzative delle amministrazioni, potendo queste ultime anche prevederne di ulteriori.

Data la specificità, la portata e il numero di soggetti coinvolti, si ritiene necessario trattare le novità introdotte dal D.Lgs. n. 36/2023 in un apposito tavolo tecnico, che sarà costituito in fase di avvio delle attività conseguenti all'adozione del presente PTPCT. Pertanto, relativamente all'Area Contratti pubblici, affidamento di lavori, servizi e forniture, si considerano valide le misure precedentemente individuate nell'Allegato 2 al PTPCT 2023-2025, nelle more dell'aggiornamento della medesima Area all'esito dei lavori del tavolo tecnico.

7. Misure generali

Di seguito si descrivono le principali misure generali individuate dal legislatore ed elencate nella Delibera ANAC n. 1064/2019, tenendo conto degli aggiornamenti forniti dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dal Consiglio dell'ANAC con Delibera n. 7 del 17/01/2023, nonché in accordo alle ulteriori indicazioni date con dall'ANAC nell'Aggiornamento 2023 al PNA 2022 (Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023).

7.1 Codice di comportamento

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 ha dettato "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione" al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle

misure di contrasto al fenomeno corruttivo. In tal senso, l'art. 1, comma 44, ha integralmente riscritto l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, prevedendo la definizione, da parte del Governo, di un Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni allo scopo di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il Governo, in attuazione della delega contenuta nella Legge Anticorruzione, ha provveduto all'emanazione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", pubblicato in data 4 giugno 2013 in G.U. ed entrato in vigore il 19 giugno 2013. Viene così superato il DM 28.11.2000 precedentemente in vigore e recepito dai rispettivi CC.CC.NN.LL. per il personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN.

Con la Delibera n. 135 del 04.03.2015, l'Istituto su proposta del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, all'esito della articolata procedura illustrata nella deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 75/2013, ha adottato il primo codice di comportamento aziendale.

Nel recepire gli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione contenuti nell'aggiornamento 2015 al PNA, con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 468 del 03/07/2016, si è provveduto al primo aggiornamento del suindicato Codice.

Successivamente, il Codice di Comportamento Aziendale è stato ancora rivisto con la Delibera 829 del 28/11/2017 a seguito delle linee guida emanate dall'ANAC di cui alla Delibera 358 del 29 marzo 2017. Lo stesso Codice è stato ulteriormente aggiornato con la Delibera n. 926 del 21/09/2020.

Obiettivi 2023

In linea con la normativa anticorruzione, l'Istituto per il 2023 prevedeva la piena osservanza delle disposizioni contenute nel Codice di comportamento aziendale (Delibera n. 926 del 21/09/2020), fondamentale per assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. In particolare, con nota Prot. 0009399/i del 20/03/2023, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023/2025 dell'Istituto G. Pascale – Codice di comportamento aziendale" sono state comunicate ai referenti aziendali le determinanti per le successive attività di monitoraggio, così definite:

- a) diffusione del Codice di comportamento all'atto dell'instaurazione del rapporto di lavoro per le neo-assunzioni, mediante un'apposita dichiarazione di conoscenza delle disposizioni contenute nel Codice all'atto della sottoscrizione del contratto;
- b) nei contratti di collaborazione o di consulenza con soggetti esterni con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, anche riferiti a titolari di organi monocratici o collegiali, nonché di appalto di lavori, beni e servizi, l'inserimento di una apposita clausola che prevede il richiamo al rispetto del Codice di comportamento e l'introduzione di apposite disposizioni di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice;
- c) il grado di partecipazione dei dipendenti agli eventuali eventi formativi sul Codice di comportamento;
- d) il numero di procedimenti disciplinari per violazioni al Codice di comportamento, il tipo di infrazione contestata e gli esiti dei procedimenti disciplinari avviati;
- e) aggiornamento del vigente Codice di Comportamento Aziendale per recepire le indicazioni fornite dall'Autorità col PNA 2022 sul Pantouflage, nonché le indicazioni ricevute dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di risparmio energetico, uso intelligente e razionale dell'energia.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

La tabella sotto riportata sintetizza i risultati conseguiti per l'anno 2023 dalle articolazioni organizzative chiamate a dar seguito alle attività sopra programmate ed elencate.

Codice di Comportamento			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Diffusione codice ai neo-assunti	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002737/i	Ha individuato il personale interno competente all'esecuzione della misura, illustrandone gli adempimenti e le modalità operative per la corretta esecuzione. Inoltre, a seguito dell'aggiornamento 2023 del Codice di Comportamento in



		del 18/01/2024	Delibera n. 1157 del 03/11/2023 ha provveduto ad inserire nei contratti di lavoro il nuovo link al quale è rinvenibile il Codice aggiornato.									
Diffusione codice ai di collaborazione o di consulenza	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".									
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001509/i del 10/01/2024	Come rappresentato nella nota prot. n. 1507 del 10.01.2024, nel mese di aprile 2023 il Direttore responsabile ratione temporis, all'esito di una valutazione costi/benefici, ha conferito (con un compenso di € 50,00 omnia) un solo incarico di mero sostituto di udienza ad un avvocato esterno all'Istituto appartenente al Foro di Milano iscritto nella sezione "D" - riservata ai professionisti appartenenti a fori posti al di fuori della Regione Campania - della short list degli avvocati esterni all'Istituto (approvata con deliberazione D.G. n. 1309 del 23.12.2021), trattandosi di un giudizio pendente – appunto - innanzi al Tribunale di Milano e che il professionista incaricato ha dichiarato nella sez. D "ulteriori dichiarazioni", del mod. 5 "Dichiarazione assenza conflitto di interessi" del 04.04.2023, di aver preso piena cognizione del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 e del Codice di comportamento aziendale, nonché delle norme negli stessi contenute, per quanto applicabili.									
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001452/i del 10/01/2024	La struttura ha fatto proprie le disposizioni contenute nel codice di comportamento aziendale adottato con Delibera n. 1157 del 03.11.2023. In particolare ha diffuso il codice di comportamento agli assegnatari di Borse di Studio/Ricerca e ai collaboratori e consulenti esterni (in via residuale), raccomandando di osservare e far rispettare le norme del codice di comportamento. In particolare nei contratti di assegnazione di borse di studio, di consulenze e di collaborazioni ha provveduto a inserire la clausola del richiamo al rispetto del codice di comportamento aziendale.									
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002921/i del 19/01/2024	Nella modulistica riguardante le procedure di gara per l'affidamento di servizi e/o lavori e nel conseguente contratto stipulato tra le parti, è rinvenibile il richiamo alla osservanza delle disposizioni contenute nel Codice di comportamento aziendale adottato con Delibera n. 926 del 21/09/2020 e successivo aggiornamento con Delibera n. 1157 del 03/11/2023. Lo stesso richiamo, è rinvenibile nel modulo 5 che viene fatto firmare dai consulenti o collaboratori in fase di affidamento.									
Grado partecipazione eventi formativi	SC Affari Generali/RPCT		Organizzazione del corso di formazione dal titolo " La riforma del codice di comportamento dei dipendenti pubblici" alla luce delle novità introdotte dal D.Lgs. n. 81/2023" nelle giornate 21 e 22 settembre 2023, per complessive 8 ore. Al corso hanno preso parte n. 145 dipendenti, per la maggior parte rappresentati da personale amministrativo e tecnico, comparto e dirigenza.									
Violazioni del Codice	UPD Dirigenza	Prot. 0001326/i del 09/01/2024	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero procedimenti avviati</th> <th>Tipo di infrazione contestata</th> <th>esito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 (fascicolo 1/UPDD/2023)</td> <td>Violazione art. 9 comma 1 del regolamento di accesso e sosta degli autoveicoli all'interno dell'Istituto adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 72 del 01/02/2016. Art. 12 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli adottato con Deliberazione n. 926/2020;</td> <td>Archiviato</td> </tr> <tr> <td>2 (fascicolo 2/UPDD/2023)</td> <td>Violazione art. 13 comma 3 e art. 16 del d.P.R. n. 62/2013 e dell'art 14 comma 2 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli aggiornato con Deliberazione n. 926/2021;</td> <td>Multa di euro 200,00.</td> </tr> </tbody> </table>	Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito	1 (fascicolo 1/UPDD/2023)	Violazione art. 9 comma 1 del regolamento di accesso e sosta degli autoveicoli all'interno dell'Istituto adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 72 del 01/02/2016. Art. 12 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli adottato con Deliberazione n. 926/2020;	Archiviato	2 (fascicolo 2/UPDD/2023)	Violazione art. 13 comma 3 e art. 16 del d.P.R. n. 62/2013 e dell'art 14 comma 2 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli aggiornato con Deliberazione n. 926/2021;	Multa di euro 200,00.
			Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito							
1 (fascicolo 1/UPDD/2023)	Violazione art. 9 comma 1 del regolamento di accesso e sosta degli autoveicoli all'interno dell'Istituto adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 72 del 01/02/2016. Art. 12 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli adottato con Deliberazione n. 926/2020;	Archiviato										
2 (fascicolo 2/UPDD/2023)	Violazione art. 13 comma 3 e art. 16 del d.P.R. n. 62/2013 e dell'art 14 comma 2 del Codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli aggiornato con Deliberazione n. 926/2021;	Multa di euro 200,00.										



			Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	Esito
			1 (fascicolo 1/UPDC/2023)	Violazione art. 3, comma 3 del codice di comportamento per i dipendenti dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di cui alla Delibera n. 926 del 21/09/2020; violazione art. 83 comma 1, comma 3 lett. A del C.C.N.L. Comparto Sanità triennio 2019/2021. Violazione art. 84 comma 8 lett. F) CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021.	Multa di ore 2
			2 (fascicolo 2/UPDC/2023)	Violazione art. 3 e art. 12 del codice di comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di cui alla Delibera n. 926 del 21/09/2020; violazione art. 83 comma 3 lett. J del C.C.N.L. Comparto Sanità triennio 2019/2021.	Archiviazione
	UPD Comparto	Prot. 0001319/i del 09/01/2024	3 (fascicolo 3/UPDC/2023)	Violazione art. 64 comma 1 e 64 comma 2 del C.C.N.L. Comparto Sanità triennio 2016/2018 confluito nell'art. 83 commi 1 e nell'art. 83 commi 2 e 3 lett. a) del vigente C.C.N.L.; art. 83 comma 3 lett. q) del vigente C.C.N.L. violazione art. 3 comma 4 del Codice di Comportamento dell'I.R.C.C.S. Fondazione G. Pascale di cui alla Delibera n. 926 del 21/09/2020.	Un mese di sospensione dal servizio senza retribuzione
			4 (fascicolo 4/UPDC/2023)	Violazione art. 83 comma 1, comma 2 e comma 3 lett. A - E ed F del C.C.N.L. Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art. 3 comma 4 del codice di Comportamento dell'IRCCS Fondazione G. Pascale di cui alla Deliberazione n. 926/2020.	In itinere (in quanto avviato in data 20/10/2023)
Aggiornamento	SC Affari Generali/RPCT		Il Codice di Comportamento in Delibera n. 926 del 21/09/2020 è stato aggiornato con Deliberazione n. 1157 del 03/11/2023 ad oggetto "Adozione del codice di comportamento aziendale - aggiornamento anno 2023".		

Obiettivi 2024

L'Istituto ripropone le stesse azioni previste per l'anno 2023, eccetto per quanto riguarda l'aggiornamento dello stesso.

7.2 Presidio area del conflitto di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Pertanto, alle situazioni palesi di **conflitto di interessi reale e concreto**, che sono quelle esplicitate all'art. 7 e all'art. 14 del D.P.R. n. 62 del 2013, si aggiungono quelle di **potenziale conflitto** che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Preliminarmente, si fa osservare, al pari del precedente periodo amministrativo e in linea con la programmazione del PTPCT 2023-2025, che il presidio dell'area conflitto di interessi è stato inserito nel Piano

della Performance 2024-2026 dell'Istituto, quale obiettivo operativo rilevante ai fini della valutazione della performance organizzativa e individuale.

7.2.1 Astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi

Con l'art.1, co. 41, della l. 190/2012 è stato introdotto nella legge sul procedimento amministrativo (legge 7 agosto 1990, n. 241) l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse. Tale disposizione ha una valenza prevalentemente deontologico-disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe ed eccezioni. Per essa, i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo.

A tal fine, e allo scopo di garantire la conoscenza dell'obbligo, alla SC Gestione Risorse Umane è stato affidato il compito di:

- trasmettere una mail a tutti i dipendenti rammentando l'obbligo di astensione (esteso anche a tutti i collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo);
- allegare alla mail l'apposita modulistica predisposta dal RPCT (Modulo 1 – Astensione per conflitto di interessi);
- illustrare la procedura da seguire precisando, così come indicato nel Modulo 1 – Astensione per conflitto di interessi, che l'eventuale comunicazione di astensione, oltre ad essere presentata al Dirigente Responsabile della struttura di appartenenza/diretto superiore gerarchico, è trasmessa per conoscenza anche al RPCT.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Con nota Prot. 0009401/i del 20/03/2023, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023/2025 dell'Istituto G. Pascale – Astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi" è stato chiesto alla SC Gestione Risorse Umane di trasmettere una mail di *remind* a tutti i dipendenti al fine di dare corretta applicazione alla richiamata misura anche per l'anno corrente, illustrando la procedura e la modulistica allo scopo prevista. In sede di monitoraggio finale, la SC Gestione Risorse Umane (Prot. 0002739/i del 18/01/2024) ha comunicato che, con nota Prot. 36930 del 24/11/2023, tutti i dipendenti sono stati informati dell'esistenza dell'obbligo e delle modalità di assolvimento.

Obiettivi 2024

La misura viene riproposta anche per l'annualità 2024.

7.2.2 Obbligo di astensione appalti pubblici, contratti e altri atti negoziali

Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato.

Ai sensi dell'art. 42, co. 2, del D.Lgs. n. 50/2016, il personale della stazione appaltante che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione di appalti e di concessioni è tenuto ad astenersi in presenza di un conflitto di interessi, dandone comunicazione alla medesima stazione appaltante. Mentre, per effetto dell'art. 80, co. 5, lett. d) del codice dei contratti pubblici, l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

Considerando, inoltre, le previsioni del Codice di Comportamento (art. 14, co. 1), il Regolamento in parola dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente.

A tal fine, dunque, in fase di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023-2025 (nota Prot. 0009405/i del 20/03/2023), seguendo le indicazioni fornite dall'Autorità Anticorruzione col PNA 2022, è stato precisato alle strutture competenti quanto segue:

- a) che per personale della stazione appaltante, si intende *"tutto il personale dipendente, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o*

contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna";

- b) che, per quanto richiamato al precedente punto a), le strutture sono tenute a verificare se, oltre al RUP, alla **predisposizione, condivisione o approvazione** della documentazione complessiva di gara (determina, bando, verbali, aggiudicazione) **partecipino anche altri soggetti che potrebbero ugualmente trovarsi in situazioni di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara** (l'ANAC esemplifica le figure di Direttori Generali, Capi di uffici legali, Capi Dipartimento, Membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, Organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione e agli organi di vigilanza esterni);
- c) che, per quanto detto al precedente punto a), la disciplina dell'art. 42, co. 2, trova applicazione anche nei confronti di tutti i prestatori di servizi a vario titolo coinvolti **nell'affidamento** come, ad esempio, **progettisti esterni, commissari di gara e collaudatori**. In particolare, per quanto riguarda la figura del progettista esterno, non dipendente, che elabora il progetto posto a base di gara, occorre considerare che per lo stesso non sussiste un obbligo dichiarativo e di conseguenza, un eventuale obbligo di astensione dalla gara, ma è previsto uno specifico divieto di assegnazione del contratto di appalto o subcontratto alla cui base c'è la progettazione dallo stesso redatta, a meno che dimostri che l'esperienza acquisita nell'espletamento degli incarichi di progettazione non è stata tale da determinare un vantaggio che possa falsare la concorrenza con gli altri operatori. Pertanto, non esiste un automatismo nell'applicazione della citata disposizione ai progettisti e un'eventuale esclusione dello stesso va valutata dall'amministrazione caso per caso;
- d) che, per quanto richiamato al precedente punto a), la disciplina dell'art. 42, co. 2, trova applicazione anche nei confronti dei soggetti che intervengono nella **fase di esecuzione dei contratti**, compresi i sub-appaltatori (ad eccezione delle figure che limitano a svolgere attività di natura operativa o che intervengono marginalmente nella fase esecutiva) quali, ad esempio, il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e, ove nominati, eventuali loro assistenti, specie negli affidamenti particolarmente complessi; il coordinatore per la sicurezza; l'esperto per accordo bonario; gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni; i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti; gli organi deputati alla nomina del Direttore dell'esecuzione/Direttore dei lavori o del RUP;
- e) che la disciplina dell'art. 42, co. 2, trova applicazione anche nei confronti dei professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR, sia in ragione dell'esistenza di precedenti incarichi o rapporti professionali svolti presso gli operatori economici partecipanti alla procedura di gara, sia per la peculiare modalità di reclutamento;
- f) che la disciplina dell'art. 42, co. 2, si applica anche nei confronti del Presidente e di tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi tecnici consultivi (CCT) nominati, ai sensi dell'art. 6 del d.l. n. 76 del 2020, per lavori di importo superiore alla soglia comunitaria, con il compito di risolvere controversie o dispute tecniche che dovessero insorgere nella fase di esecuzione del contratto. L'organo deputato alla nomina del CCT effettua la verifica delle autodichiarazioni circa l'assenza di conflitto di interessi rilasciate dai soggetti designati;
- g) che l'art. 42 si applica:
- ai contratti d'appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari e speciali, sia sopra che sottosoglia;
 - agli affidamenti gestiti mediante albi dei fornitori, con particolare riferimento agli affidamenti diretti. Rientrano nell'ambito oggettivo di applicazione del citato articolo, ancora, i contratti pubblici e i contratti attivi esclusi dal Codice.

Infine, considerando, le previsioni del Codice di Comportamento (art. 14, co. 1), il Regolamento in parola dispone **l'obbligo di astensione del dipendente** nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente.

Atteso, dunque, l'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 42, co. 2 (Codice degli Appalti) e dell'art. 14, co. 1 (Codice di Comportamento), si è provveduto ad aggiornare la modulistica già in uso mediante la predisposizione di **n. 2 moduli di astensione**: l'uno riferito al personale dipendente (Modulo 1.1-Personale dipendente) e l'altro utilizzabile dai soggetti esterni (Modulo 1.2-Soggetti esterni).

Tutto ciò precisato, le strutture competenti sono state invitate a dar seguito alle seguenti procedure:

1. per il personale dipendente dell'Istituto, **compreso il RUP e il personale di supporto di questi**, occorre rendere noto agli stessi l'esistenza dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (nelle situazioni di conflitto elencate nel Modulo 1.1-Personale dipendente): (a) nei contratti d'appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari e speciali, sia sopra che sottosoglia, (b) negli affidamenti gestiti mediante albi dei fornitori, con particolare riferimento agli affidamenti diretti, (c) i contratti pubblici e i contratti attivi esclusi dal Codice, nonché nei casi in cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente;
2. per i soggetti esterni, tenendo conto dell'ambito oggettivo di applicazione dell'art. 42, co.2, la notizia dell'obbligo di astensione va resa nota in qualsiasi atto in cui si contempla l'affidamento della specifica attività al soggetto esterno. Il soggetto esterno si asterrà in caso conflitto di interessi mediante la compilazione del Modulo 1.2-Soggetti esterni. L'eventuale dichiarazione va resa al RUP.

Come indicato nella modulistica, si è precisato che l'eventuale comunicazione dovrà essere trasmessa per conoscenza anche al RPCT. Mentre, sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza o il RUP nel caso dei soggetti esterni, i quali, esaminate le circostanze, valutano se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

I risultati conseguiti per l'anno 2023 dalle articolazioni organizzative chiamate a dar seguito alle attività sopra programmate ed elencate sono sintetizzati nella sottostante Tabella.

Obbligo di astensione appalti pubblici, contratti e altri atti negoziali			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Diffusione conoscenza obbligo astensione tra il personale dipendente. B) Diffusione conoscenza obbligo astensione tra i soggetti esterni	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001448/i del 10/01/2024	Ha proceduto a diffondere, informare e rammentare ai dipendenti coinvolti nelle procedure di acquisto di beni e servizi per la ricerca circa l'obbligo di astensione in presenza di un conflitto di interessi, Si precisa che per la totalità delle procedure di affidamento di contratti pubblici, questa Struttura provvede ad inoltrare la dovuta informativa ai valutatori circa la necessità di dichiarare l'eventuale sussistenza mediante la modulistica in uso "Modulo 1.1." e di tanto se ne prende atto negli atti di affidamento.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002920/i del 19/01/2024	Non sono state presentate dichiarazioni nell'ambito delle procedure svolte, in quanto non si è manifestata nessuna situazione di conflitto di interesse sia nella fase di affidamento che in quella di esecuzione. Si precisa inoltre che la scrivente ha ricordato a tutti i dipendenti assegnati, la piena osservanza delle disposizioni in materia di conflitto di interesse nei contratti e negli atti negoziali.

Obiettivi 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024.

7.2.3 Conflitto di interessi appalti pubblici, contratti e altri atti negoziali

Con il PNA 2022, l'ANAC chiarisce che la principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti (esclusi i progettisti, a meno che non ricorra la deroga al divieto di assegnazione del contratto di cui all'art. 24, co. 7), dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Dell'obbligo di astensione si è già detto nel precedente paragrafo 7.2.2, mentre di seguito si descrivono le azioni programmate in fase di avvio delle attività previste dal PTPCT 2023-2025 (descritte nella nota Prot. 0009409/i del 20/03/2023 del RPCT) orientate a contrastare eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, in tema di contratti. A tal fine, in linea con le disposizioni del Codice di Comportamento (Art. 6. Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse), alle strutture competenti è stato chiesto di acquisire:

1. dal dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, il Modulo 2 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi;
2. dal RUP per ogni gara, il Modulo 2 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi;
3. dai soggetti esterni, in quanto titolari di un incarico di collaborazione/consulenza, l'apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi prevista all'atto del conferimento del relativo incarico (Modulo 5 - Dichiarazione di assenza conflitti d'interessi per i collaboratori, professionisti, consulenti, assegnisti e borsisti).

Con la stessa nota di avvio delle attività di cui al PTPCT 2023-2025 sono state fornite, inoltre, indicazioni anche sulle modalità di verifica della correttezza delle dichiarazioni rese e delle eventuali situazioni di conflitto dichiarate, nonchè dirette ad accertare la veridicità delle informazioni rese dai dichiaranti. Queste ultime affidate al Nucleo Ispettivo, mediante l'autodefinizione di un ragionevole campione.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

I risultati per l'area di interesse in esame sono sintetizzati nella sottostante Tabella.

Conflitto di interessi appalti pubblici, contratti e altri atti negoziali			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi all'atto dell'assegnazione all'Ufficio del dipendente e relativa attestazione da parte del soggetto ricevente	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0002887/i del 19/01/2024	La struttura si attiene puntualmente alle disposizioni dettate. In particolare, la struttura acquisisce dal dipendente la modulistica richiesta e provvede alla relativa attestazione
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002918/i del 19/01/2024	Acquisisce regolarmente le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse utilizzando la modulistica, sia dal personale interno che dai soggetti esterni. La successiva attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del RUP sulle dichiarazioni rese dai soggetti esterni, viene pubblicata nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.
Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi resa dal RUP per ciascuna	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".

procedura di gara e relativa attestazione da parte del soggetto ricevente	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0002887/i del 19/01/2024	La struttura si attiene puntualmente alle disposizioni dettate. In particolare, la struttura acquisisce dal RUP e per ogni gara la modulistica richiesta e provvede alla relativa attestazione.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002918/i del 19/01/2024	Acquisisce regolarmente le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse utilizzando la modulistica, sia dal personale interno che dai soggetti esterni. La successiva attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del Rup sulle dichiarazioni rese dai soggetti esterni, viene pubblicata nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.
Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi resa da soggetti esterni e relativa attestazione da parte del soggetto ricevente	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0002887/i del 19/01/2024	La struttura si attiene puntualmente alle disposizioni dettate. In particolare, per i soggetti esterni acquisisce la relativa dichiarazione e provvede alla corrispondente attestazione.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002918/i del 19/01/2024	Acquisisce regolarmente le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse utilizzando la modulistica, sia dal personale interno che dai soggetti esterni. La successiva attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del Rup sulle dichiarazioni rese dai soggetti esterni, viene pubblicata nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.

Obiettivi 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024.

7.2.4 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interessi

Il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, all'art. 6, rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi", prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi. In base allo stesso «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 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». Così, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

A tal fine, in fase di avvio del PTPCT 2023-2025 (nota Prot. 0009638/i del 22/03/2023), è stato chiesto alla SC Gestione Risorse Umane di:

1. diffondere la conoscenza dell'obbligo della "comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interessi" all'atto dell'assegnazione all'ufficio del dipendente mediante la richiesta di compilazione del Modulo 2 – Comunicazione Interessi Finanziari e Conflitto di Interessi (evidenziando la circostanza che il personale dipendente è tenuto a rendere una nuova dichiarazione laddove dovessero intervenire fatti o condizioni che comportino variazioni di situazioni/stati già dichiarate);
2. dar seguito alle disposizioni particolari previste per i dirigenti ovvero sia di rendere annualmente un'apposita dichiarazione concernente le "partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari", acquisendo il Modulo 3 - Comunicazione partecipazioni azionarie, interessi finanziari e conflitto d'interessi.

Sempre in fase di avvio delle attività del Piano sono state fornite indicazioni sulla procedura e sui soggetti tenuti a valutare l'eventuale sussistenza di un conflitto di interesse attuale o potenziale ovvero strutturale, nonché accertare la correttezza e la completezza delle dichiarazioni rese. Quanto alle verifiche di veridicità, le stesse sono state affidate sempre al Nucleo Ispettivo Interno, mediante l'autodefinizione di un ragionevole campione.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

I risultati per l'area di interesse in esame sono riepilogati nella sottostante Tabella.

Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interessi			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Diffusione conoscenza dell'obbligo di comunicazione degli interessi finanziari e conflitto d'interessi al dirigente all'atto dell'assegnazione all'Ufficio del dipendente	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001773/i del 12/01/2024	<p>1. Predisposto la nota prot. n° 19714 del 15/06/2023 (allegato 1) indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere e di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffondere la conoscenza dell'obbligo della comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interesse; - Sottoporre a ciascun dipendente alla firma del contratto (all'atto dell'assunzione, prima assegnazione o cambio assegnazione e all'atto dell'instaurazione di ciascun rapporto) il modello n. 2, allegato alla presente; inoltre il Collaboratore competente avrà cura di comunicare ai predetti dipendenti di consegnare tale modello al Responsabile della Struttura di assegnazione, entro 15 giorni dall'instaurazione di ciascun nuovo rapporto, che valuterà la suddetta dichiarazione; - Sottoporre alla firma del contratto, per i soli dirigenti, prima di assumere le sue funzioni, anche il modello n. 3, allegato alla presente che resterà agli atti della scrivente UOC; l'obbligo di comunicazione deve essere assolto entro 15 giorni dal conferimento dell'incarico; - Verificare in primo luogo la correttezza e la completezza delle dichiarazioni rese, oltre a valutare l'eventuale sussistenza di un conflitto di interesse attuale o potenziale ovvero strutturale", così come espressamente rappresentato dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza nella nota indicata in oggetto, e ciò al fine di trasmettere tempestivamente al suddetto Responsabile la dichiarazione, corredata da un parere; <p>2. Predisposto la nota prot. n° 19713 del 15/06/2023 di remind a tutto il personale dipendente per promuovere la conoscenza dell'obbligo di</p>



			<p>“Comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interessi”, invitando ad una attenta lettura dell’art. 2 del “Regolamento per la gestione del conflitto di interessi” adottato con Deliberazione n. 813 del 04/08/2020.</p>
Controllo delle dichiarazioni e valutazione delle eventuali situazioni di conflitto di interessi da parte del Responsabile della struttura di assegnazione	Tutte le strutture interessate		Considerando le criticità emerse in fase di rendicontazione della misura, la SC Gestione Risorse Umane o il RPCT effettuerà per l’anno 2024 un controllo a campione chiedendo la trasmissione in copia della modulistica resa all’atto dell’assegnazione all’ufficio dal dipendente (Modulo 2) ai Responsabili di struttura.
Osservanza delle disposizioni particolari per i dirigenti, controllo delle dichiarazioni e valutazione delle eventuali situazioni di conflitto di interessi	SC Gestione Risorse Umane		<ol style="list-style-type: none">1. Predisposto la nota prot. n° 25259 del 09/08/2023 a tutti di dirigenti invitando gli stessi “all’osservanza delle disposizioni particolari previste per i dirigenti ovverosia di rendere annualmente un’apposita dichiarazione concernente le “partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari”, trasmettendo altresì il mod. 3 versione ultima 2023 “Comunicazione Partecipazioni Azionarie e Interessi Finanziari”;2. Sollecitato ai dirigenti l’invio della dichiarazione di cui al paragrafo che precede con nota prot. n° 25259 del 09/08/2023.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell’anno 2023 mediante l’individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche “contingenti” allo stesso affidate successivamente all’insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all’espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l’elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all’estrazione del campione da sottoporre a verifica.

Obiettivi 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024. Inoltre, considerando le criticità rilevate in fase di rendicontazione della misura, la SC Gestione Risorse Umane o il RPCT effettuerà un controllo a campione chiedendo la trasmissione in copia della modulistica resa all'atto dell'assegnazione all'ufficio dal dipendente (Modulo 2) ai Responsabili di struttura.

7.2.5 Conflitto di interessi generalizzato, c.d. strutturale

Per quanto concerne l'ipotesi di conflitto di interessi generalizzato, c.d. strutturale, si fa presente che il conferimento dell'incarico deve essere apprezzato sotto il profilo dell'opportunità, considerato che in materia di inconfiribilità di incarichi la normativa va interpretata restrittivamente e, quindi, che l'esistenza di tale conflitto non è per legge ostativa al conferimento dell'incarico. Va tuttavia considerato che il rimedio dell'astensione potrebbe rivelarsi non idoneo a garantire lo svolgimento di un incarico nel rispetto del principio di imparzialità, poiché per risolvere la situazione di conflitto di interessi c.d. strutturale sarebbe, di fatto, necessaria una ripetuta astensione con conseguente pregiudizio del funzionamento, del buon andamento e della continuità dell'azione amministrativa. Tale situazione rileva, dunque, in vista del conferimento di un incarico e il soggetto/organo conferente sono tenuti a verificarne la possibile sussistenza, anche sulla base della verifica della dichiarazione rilasciata dal soggetto interessato, tenendo conto del contenuto dell'incarico da conferire e del tipo di attività che il soggetto interessato deve svolgere.

Al pari delle precedenti annualità, in fase di avvio delle attività al PTPCT 2023-2025, con nota Prot. 0009642/i del 22/03/2023, si è richiamata l'attenzione della SC Gestione Risorse Umane e del Vertice Strategico sulle cc.dd. ipotesi di conflitto di interessi permanente o strutturale all'atto del conferimento di un incarico ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 che, in relazione alle posizioni ricoperte e alle funzioni attribuite al neo-incaricato, comporterebbero una ripetuta astensione del soggetto per poter essere risolta, con conseguente pregiudizio del funzionamento, del buon andamento e della continuità dell'azione amministrativa. In particolare, la SC Gestione Risorse Umane è stata invitata ad una attenta valutazione delle situazioni di conflitto di interessi permanente all'atto del conferimento di un incarico che dovessero emergere dal rilascio del "Modulo 3 - comunicazione partecipazioni azionarie e interessi finanziarie" da parte del soggetto interessato, nonché a segnalare la circostanza all'organo conferente e al RPCT.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Con nota Prot. 0002310/i del 16/01/2024, la SC Gestione Risorse Umane ha comunicato di aver acquisito regolarmente la relativa modulistica prevista (Modulo 3 - comunicazione partecipazioni azionarie e interessi finanziarie) da parte dei soggetti interessati e di aver verificato la completezza e la correttezza delle dichiarazioni rese.

Obiettivi 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024.

7.2.6 Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti e collaboratori

L'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nel conferimento di incarichi di consulenza o collaborazione.

Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

L'ANAC, pertanto, ha raccomandato alle amministrazioni di prevedere nei PTPCT adeguate misure relative all'accertamento dell'assenza di conflitti di interessi con riguardo ai consulenti, quali ad esempio:

- predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;

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

Nel dettaglio, in sede di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023-2025 (Prot. 0009645/i del 22/03/2023) è stato chiesto alle competenti strutture di rispettare le seguenti previsioni:

- ciascun collaboratore, consulente, assegnista di ricerca, borsista e soggetti a questi equiparati, sono tenuti a rendere l'apposita dichiarazione di cui al **Modulo 5** – contenente una **dichiarazione di assenza conflitti d'interessi** e una **dichiarazione concernente lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione nonché lo **svolgimento di attività professionali**. Tale dichiarazione deve essere presentata all'atto del conferimento **dell'incarico**;
- la stessa dichiarazione, ma **per la sola parte** concernente i "*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*" deve essere **pubblicata** nell'apposita sezione di amministrazione trasparente a cura del soggetto conferente l'incarico;
- il Direttore/Responsabile conferente l'incarico è tenuto ad attestare l'assenza di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite utilizzando il **Modulo 5.1 - Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi** ai sensi dell'art. 53 d.lgs. 165/2001 e SS.MM.II., nonché all'ulteriore pubblicazione dell'attestazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente;
- il Direttore/Responsabile conferente l'incarico, ai fini dell'attestazione della insussistenza di conflitto di interessi, verifica la veridicità delle dichiarazioni rese, ricorrendo, a titolo esemplificativo:
 - alla consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica (ad esempio, Registro delle Imprese, Portale del Ministero degli Interni contenente l'anagrafe degli amministratori locali e regionali, Telemaco, CERPA, PerLa PA, etc.);
 - all'acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessate;
 - all'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Nella sottostante Tabella si riepilogano i risultati dell'attività svolta dai referenti aziendali.

Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi a consulenti e collaboratori			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
<p>A) Acquisizione dichiarazioni assenza conflitti d'interessi, lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche o di attività professionali.</p> <p>B) Pubblicazione della dichiarazione relativa a incarichi o la titolarità di cariche o attività professionali;</p> <p>C) Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi e relativa pubblicazione</p>	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002090/i del 15/01/2024	Sono state fornite le opportune indicazioni al personale interno per l'attuazione della misura. In ogni caso, per l'anno 2023, la SC Gestione Risorse Umane non ha conferito incarichi di collaborazione e/o consulenza.
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001450/i del 10/01/2024	La struttura acquisisce all'atto di stipula dei contratti di assegnazione BDS/R la dichiarazione di assenza di conflitti di interessi e una dichiarazione concernente lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche, nonché lo svolgimento di attività professionali, corredata dai CC.VV. ed ha, una volta effettuati gli accertamenti richiesti, rilasciato su apposita modulistica _ Mod 5.1. l'attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 53 D.lgs 165/2001 s.m.i., nonché l'ulteriore aggiornamento e pubblicazione dell'attestazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002901/i del 19/01/2024	La SC acquisisce regolarmente le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse utilizzando il modulo 5 nel conferire incarichi di collaborazione e consulenza e successivamente, il Direttore/Responsabile attesta l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi pubblicando il relativo modulo 5.1 nella apposita sezione di Amministrazione Trasparente.
	SC Affari Generali/RPCT		Ha correttamente adottato la misura prevista con riferimento ai membri del Collegio Sindacale.
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001507/i del 10/01/2024	Nel mese di aprile 2023 il Direttore responsabile ratione temporis, all'esito di una valutazione costi/benefici, ha conferito (con un compenso di € 50,00 omnia) un solo incarico di mero sostituto di udienza ad un avvocato esterno all'Istituto appartenente al Foro di Milano iscritto nella sezione "D" - riservata ai professionisti appartenenti a fori posti al di fuori della Regione Campania - della short list degli avvocati esterni all'Istituto (approvata con deliberazione D.G. n. 1309 del 23.12.2021), trattandosi di un giudizio pendente – appunto - innanzi al Tribunale di Milano. In relazione al predetto incarico, si precisa che agli atti dell'Ufficio risulta presente il mod. 5 "Dichiarazione assenza conflitto di interessi" compilato e sottoscritto dal professionista all'atto del conferimento dell'incarico (in data 04.04.2023), mentre non si rinviene il mod. 5.1 "Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 53 d.lgs. 165/2001 e successive modificazioni" da parte del Responsabile conferente l'incarico. Inoltre, risulta che in data 23.11.2023 si è provveduto alla pubblicazione nell'apposita sezione "Collaboratori e consulenti" – "Incarichi conferiti dalla UOC Affari Legali" del sito internet aziendale, dell'elenco aggiornato degli incarichi di collaborazione e consulenza conferiti. Per quanto riguarda il periodo dal 01.12.2023 al 31.12.2023 la scrivente n.q. attesta di non aver conferito alcun incarico.
Dir. Scientifica/Ufficio Formazione		Nessun riscontro è pervenuto alla richiesta di sollecito del RPCT in nota Prot. 0002729/i del 18/01/2024	
Verifiche di veridicità delle dichiarazioni rese	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002090/i del 15/01/2024	Non ha conferito incarichi di collaborazione e/o consulenza.



	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001450/i del 10/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002901/i del 19/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	SC Affari Generali/RPCT		La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001507/i del 10/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	Dir. Scientifica/Ufficio Formazione		Nessun riscontro è pervenuto alla richiesta di sollecito del RPCT in nota Prot. 0002729/i del 18/01/2024
Controllo a campione da parte del RPCT	SC Affari Generali/RPCT		Il controllo da parte del RPCT dell'avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001 è avvenuto consultando l'apposita sotto-sezione di amministrazione trasparente "Consulenti e collaboratori". Il controllo si è basato, dunque, sui dati pubblicati dalle strutture competenti. Pertanto, per ciascun consulente presente negli elenchi pubblicati dalle competenti strutture, è stata verificata la presenza o meno della relativa attestazione circa l'insussistenza situazioni di conflitto di interessi effettuata dal soggetto conferente l'incarico. Tale modalità, ovviamente, non considera eventuali affidamenti di collaborazione o consulenza non resi pubblici dalle competenti strutture. Ad ogni buon conto, si precisa che il controllo a campione da parte del RPCT non era programmato per il 2023 e, pertanto, sarà inserito nella pianificazione 2024.

Azioni 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024, con l'ulteriore previsione delle attività di controllo a campione da parte del RPCT dell'avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

7.2.7 Conflitto di interessi negli acquisti di beni infungibili e/o esclusivi

In tema di contratti pubblici per l'acquisto di beni infungibili e/o esclusi l'Istituto ha adottato, nel tempo, più regolamenti. In ultimo, quello in Delibera n. 911 del 20/11/2019, "Modifica, a seguito di indicazioni ANAC, del regolamento per l'acquisizione di farmaci, dispositivi medici e diagnostici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli infungibili e/o esclusivi approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 353 del 17.05.2017". L'obiettivo del regolamento è disciplinare l'acquisto dei beni in esame. In aggiunta, con Delibera del Direttore Generale n. 813 del 04/08/2020, recante Regolamento per la gestione del conflitto di interessi, è stata inserita un'ulteriore misura in sede di richiesta di acquisto di forniture e servizi ritenuti infungibili e/o esclusivi, mediante la previsione di un'apposita dichiarazione di assenza conflitto di interessi che il richiedente il bene/servizio è tenuto a sottoscrivere. In altre parole, il soggetto che propone richieste di acquisto di forniture e servizi ritenuti infungibili e/o esclusivi, oltre ad osservare il relativo regolamento, deve sottoscrivere una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da consegnare al Responsabile del procedimento dell'Ufficio Ordinante e da questi conservata agli atti. Sempre il Responsabile del procedimento verifica, in primo luogo, la correttezza e la completezza delle dichiarazioni rese, oltre a

valutare l'eventuale sussistenza di un conflitto di interesse attuale o potenziale. A questa prima e importante verifica, si affiancano quelle dirette ad accertare la veridicità delle informazioni rese dai dichiaranti svolte dal Nucleo Ispettivo, mediante l'autodefinizione di un ragionevole campione

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

In sede di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023-2025, con nota Prot. 0009639/i del 22/03/2023, le strutture competenti sono state informate dell'obbligo di rispettare le prescrizioni del Regolamento in Delibera del Direttore Generale n. 813 del 04/08/2020 e di provvedere alla richiesta dell'apposita dichiarazione di assenza conflitto di interessi. Nella sottostante Tabella vengono riepilogati i risultati conseguiti per l'anno 2023.

Conflitto di interessi negli acquisti di beni infungibili e/o esclusivi			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi.	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
B) Verifica completezza e correttezza delle dichiarazioni, valutazione insussistenza di situazioni di conflitto	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001447/i del 10/01/2024	La scrivente S.C.SAR, acquisisce regolarmente il "Modulo 4", in materia di Dichiarazione di assenza conflitto di interessi acquisto di beni infungibili e/o esclusivi".
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002905/i del 19/01/2024	La SC non effettua acquisti di beni dichiarati "unici e infungibili" ma gestisce appalti di servizi di manutenzione di apparecchiature di alta complessità tecnologica, per i quali a seguito di indagine di mercato viene verificata l'unicità e l'infungibilità. In ogni caso, si è proceduto comunque ad adempiere a quanto previsto dal regolamento approvato con deliberazione n. 813 del 04.08.2020, utilizzando il relativo modulo 4.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.

Azioni 2024

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2024.

7.2.8 Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi extraistituzionali ai dipendenti

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

La L. 190/2012 è intervenuta modificando l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione aggiungendo, ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione, quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7).

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12). Mentre, resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

Dunque, in sede di rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale, l'interessato è tenuto a dichiarare l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'incarico svolto, utilizzando la modulistica all'uopo prevista dal Regolamento incarichi extraistituzionali in Delibera n. 106/2022. Il Responsabile del Servizio/Struttura che autorizza l'incarico è tenuto, invece, ad attestare l'assenza di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite utilizzando l'apposita modulistica prevista. Al Nucleo Ispettivo sono, invece, affidate le verifiche in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese mediante l'autodefinizione di un ragionevole campione.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Nel prospetto che segue vengono rendicontate le attività svolte dalle competenti strutture per concretizzare la misura in esame per l'anno 2023, così come dettagliate dal RPCT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023-2025 dell'Istituto (Prot. 0009648/i del 22/03/2023).

Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi extraistituzionali ai dipendenti			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi; B) Verifica completezza e correttezza delle dichiarazioni, attestazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto da parte del Responsabile del Servizio/Struttura che autorizza l'incarico	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001782/i del 12/01/2024	1. Predisposto la nota prot. n° 19742 del 15/06/2023 indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere. A riguardo si precisa che, la UOC scrivente, in fase istruttoria di richiesta di incarichi extraistituzionali ex art. 53 dei dipendenti, ha accolto le richieste solo se corredate dalla dichiarazione di "Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi" resa utilizzando il modulo 6 e firmata da ciascun Responsabile che ha attestato l'assenza di conflitto in ordine alla richiesta di autorizzazione. Laddove questa dichiarazione era incompleta o assente, si è provveduto a richiederla; 2. Predisposto la nota prot. n° 19738 del 15/06/2023 di remind a tutto il personale dipendente riportando lo stralcio delle indicazioni fornite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in ordine alle ipotesi di conflitto di interesse e alla compilazione del modulo n. 6, inviando nuovamente il "Regolamento unico in materia di inconfiribilità, incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali" e i relativi moduli da utilizzare.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun

			dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.
--	--	--	--

7.2.9 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Con nota Prot. 0009649/i del 22/03/2023, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023/2025 dell'Istituto G. Pascale – Presidio conflitto di interessi nella partecipazione ad associazioni e organizzazioni", la SC Gestione Risorse Umane è stata invitata a trasmettere una mail di remind a tutti i dipendenti al fine di dare corretta applicazione alla misura in esame e della relativa procedura di comunicazione, nonché a richiedere l'invio delle medesime comunicazioni per il successivo inserimento nel fascicolo personale del dipendente.

In sede di rendicontazione finale, la stessa struttura ha comunicato che (nota Prot. 0002088/i del 15/01/2024):

- ha predisposto la nota prot. n° 19710 del 15/06/2023 indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere che di seguito si riportano:
 - sottoporre a ciascun dipendente alla firma del contratto (all'atto dell'assegnazione) il modello n. 7;
 - la S.V. avrà cura di comunicare ai predetti dipendenti di consegnare tale modello al Responsabile della Struttura di assegnazione per la valutazione della sussistenza di conflitti di interessi e potenziali;
 - inserimento nei fascicoli personali delle dichiarazioni trasmesse dai superiori gerarchici, qualora dalle verifiche dovessero emergere situazioni di conflitto;
 - e, in esecuzione del punto precedente, trasmissione della suddetta dichiarazione e ragione di conflitto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.
- predisposto la nota prot. n° 19711 del 15/06/2023 di *remind* a tutto il personale dipendente al fine di promuovere la conoscenza dell'obbligo di comunicazione e illustrandone la procedura relativa ai dipendenti e ai superiori gerarchici, riportando altresì lo stralcio delle indicazioni fornite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in ordine alle ipotesi di conflitto di interesse della suddetta misura e trasmettendo nuovamente il modulo n. 7.

Obiettivi 2024

Si conferma la misura anche per l'anno 2024.

7.3 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

In tema di inconferibilità e incompatibilità, l'art. 20 del D.lgs. 39/2013, pone in capo all'interessato:

1. l'obbligo di presentare, all'atto del conferimento dell'incarico, una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità di cui al Decreto 39/2013;
2. di rendere annualmente, nel corso dell'incarico, una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al Decreto 39/2013.

Le dichiarazioni sono acquisite, per competenza, dalla SC Gestione Risorse Umane, su impulso del RPCT, all'atto del conferimento dell'incarico e con cadenza annuale e pubblicate nell'apposita sotto-sezione di Amministrazione Trasparente, così come ribadito nella relativa nota di avvio delle attività di cui al PTPCT 2023-2025 (Prot. 0009866/i del 23/03/2023).

L'obbligo riguarda tutti gli incarichi dirigenziali non riconducibili a quelli medico-sanitari. Per questi ultimi, infatti, si registra una restrizione del perimetro soggettivo di applicazione della normativa del D.Lgs. n. 39/2013 (cfr. per approfondimenti sulla ratio la delibera ANAC n. 1146/2019).

Pertanto, la materia in esame si applica solo agli incarichi di:

1. Direttore Generale;
2. Direttore Scientifico;
3. Direttore Amministrativo;
4. Direttore Sanitario;
5. Direttore dei Servizi Socio Sanitari, ove presente;
6. ai dirigenti incardinati nelle aziende sanitarie ma non riconducibili a quelli medico-sanitari (delibera ANAC n. 713 del 4 agosto 2020).

Quanto alla veridicità delle dichiarazioni rese, all'esito delle risultanze del tavolo tecnico per la definizione di criteri operativi uniformi per tutti gli Uffici chiamati a verificare le dichiarazioni rese sulla insussistenza di precedenti penali, attraverso l'auto-definizione di un ragionevole campione da parte delle strutture interessate, le verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni di inconfiribilità rese saranno effettuate, per il tramite del servizio "Certificato casellario per pubbliche amministrazioni – CERMAS", dalla SC Gestione Risorse Umane e della SC Affari Generali per competenza.

Al Nucleo Ispettivo sono, invece, affidati gli accertamenti concernenti le ipotesi di incompatibilità. A tal fine, il Nucleo Ispettivo potrà avvalersi del servizio "Telemaco" offerto dalle Camere di commercio e di ogni altra banca dati liberamente accessibile (ad esempio, Registro delle Imprese, Portale del Ministero degli Interni contenente l'anagrafe degli amministratori locali e regionali, CERPA, PerLa PA, etc.), oltre che degli elenchi dei consulenti e collaboratori pubblicati sul sito istituzionale dell'Istituto. Il Nucleo potrà, inoltre, ricorrere all'acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessate ovvero all'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Inconfiribilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni inconfiribilità e incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale.	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001781/i del 12/01/2024	1. Predisposto la nota prot. n° 19746 del 15/06/2023 indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere. A riguardo la scrivente UOC ha sottoposto il modello n. 8 "Dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del D.Lgs. 39/2013" ai dirigenti titolari di incarico non sanitari all'atto del conferimento dell'incarico.
Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni incompatibilità annuale	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001781/i del 12/01/2024	2. Predisposto la nota prot. n° 19751 del 15/06/2023 al personale dirigente del dipartimento PTA con la quale ha richiesto la dichiarazione annuale sulla insussistenza di cause di incompatibilità di cui al decreto 39/20213; la scrivente ha altresì ricevuto e pubblicato le suddette dichiarazioni nel Portale Amministrazione Trasparente
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di incompatibilità	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001781/i del 12/01/2024	3. ha provveduto ad inviare le stesse al casellario attraverso la procedura Cermas per le relative verifiche.
Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni inconfiribilità e incompatibilità all'atto del conferimento incarichi di Vertice.	SC Affari Generali/ RPCT		Le dichiarazioni sono state regolarmente richieste, rese e pubblicate nella relativa sezione di Amministrazione Trasparente

Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni incompatibilità annuale incarichi di Vertice	SC Affari Generali		Le dichiarazioni sono state regolarmente richieste, rese e pubblicate nella relativa sezione di Amministrazione Trasparente
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità incarichi di Vertice	SC Affari Generali		Ha provveduto ad inviare le stesse al casellario attraverso la procedura Cermas per le relative verifiche.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni di incompatibilità	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.

Obiettivi 2024

Per il 2024 si conferma la procedura di gestione in essere delle ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, nonché le verifiche di incompatibilità da parte del Nucleo Ispettivo.

7.3.1 Inconferibilità dei dipendenti con caratteristiche indicate all'art. 35bis del D.Lgs. 165/2001

L'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001 interessa nello specifico le previsioni di cui alla lettera b del medesimo articolo, secondo il quale *"coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati"*. Tale accertamento va effettuato all'atto dell'assegnazione/rinnovo di incarichi di **posizione organizzativa** che interessino le fattispecie appena richiamate mediante l'acquisizione dell'apposita modulistica da parte della SC Gestione Risorse Umane.

Sul punto si precisa che, la Delibera ANAC n.120 del 18.12.2019, ha chiarito che l'art. 35 bis d.lgs. 165/2001, diversamente dalla disciplina di cui all'art. 3 d.lgs. 39/2013, preclude il conferimento di alcuni uffici o lo svolgimento di specifiche attività ed incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione **non solo a coloro che esercitano funzioni dirigenziali, ma anche a quanti vengano affidati meri compiti di segreteria ovvero funzioni direttive e non dirigenziali**. Pertanto, il secondo ambito previsto dall'art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 (cioè la lettera b), concerne l'assegnazione del personale, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati. L'accertamento va effettuato, anche in questo caso, dalla SC Gestione Risorse Umane all'atto dell'assegnazione del personale interessato all'ufficio che presenta simili caratteristiche del personale.

Quanto alle verifiche di veridicità delle dichiarazioni rese, a partire dal 2023, le stesse sono state affidate alla stessa SC Gestione Risorse Umane mediante l'autodefinizione di un ragionevole campione ricorrendo, a titolo esemplificativo:

- alla consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica (ad esempio, Registro delle Imprese, Portale del Ministero degli Interni contenente l'anagrafe degli amministratori locali e regionali, Telemaco, CEPRA, PerLa PA, etc.);

- all’acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprano cariche, previa informativa all’interessate;
- all’audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell’ambito delle verifiche.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Con nota Prot. 0009867/i del 23/03/2023 sono state fornite le necessarie indicazioni alla SC Gestione Risorse Umane per dare concreta attuazione alla misura, mentre con nota Prot. 0002092/i del 15/01/2024, in sede di rendicontazione finale, la stessa struttura ha così sintetizzato quanto realizzato:

- ha sottoposto il modello 8.2 a n. 3 dipendenti titolari di incarico di funzione afferenti alla propria struttura prima del rinnovo del suddetto incarico;
- sono in corso le verifiche delle dichiarazioni rese dai dipendenti citati per il tramite del servizio “Certificato casellario per le Pubbliche Amministrazioni” – CERMAS.

Obiettivi 2024

Per il 2023 si conferma la procedura di gestione in essere.

7.3.2 Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nella formazione di commissioni di gara e di concorso

Ai fini dell’applicazione dell’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell’art. 3 del d.lgs. 39/2013, l’Istituto verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi all’atto della formazione delle commissioni per l’affidamento di contratti pubblici e di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati.

7.3.2.1 Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nella formazione di commissioni di gara

In sede di avvio delle attività conseguenti l’adozione del PTPCT 2023-2025 (nota Prot. 0009411/i del 20/03/2023) è stata richiamata l’attenzione sulle disposizioni dell’art. 77, commi 4-5-6 del D.Lgs. 50/2016 (Art. 8 del Regolamento sul conflitto di interessi Delibera n. 813/2020):

- Art. 77, co. 4, *“i commissari non devono aver svolto né possono svolgere alcun’altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta. La nomina del RUP a membro delle commissioni di gara è valutata con riferimento alla singola procedura.*
- Art. 77, co. 5, *“coloro che, nel biennio antecedente all’indizione della procedura di aggiudicazione, hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore, non possono essere nominati commissari giudicatori relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d’istituto.*
- Art. 77, co. 6, *“si applicano ai commissari e ai segretari delle commissioni l’articolo 35-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici) l’articolo 51 del codice di procedura civile, nonché l’articolo 42 del citato decreto (Conflitto di interesse). Sono altresì esclusi da successivi incarichi di commissario coloro che, in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, abbiano concorso, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all’approvazione di atti dichiarati illegittimi”.*

In riferimento alle richiamate previsioni, all’atto dell’accettazione dell’incarico, i commissari, compreso il RUP, dichiarano l’inesistenza delle cause di inconferibilità, incompatibilità e di conflitto di interessi, nonché osservano le disposizioni in tema di astensione in presenza di conflitto di interessi compilando il **Modulo 9 – Dichiarazione dei soggetti coinvolti nelle procedure di gara**. Qualora il componente la commissione ravvisasse una situazione di incompatibilità, inconferibilità ovvero di conflitto di interesse, egli è tenuto ad astenersi compilando l’apposita modulistica.

Le dichiarazioni dei commissari di gara, comprese quelle rese da soggetti esterni, sono acquisite dal RUP all’atto della partecipazione ad una procedura di gara, mentre quella resa dal RUP è acquisita dal responsabile dell’ufficio di appartenenza o dal superiore gerarchico.

Il RUP effettua una prima verifica di tali dichiarazioni, controllando che siano state rese correttamente. Parimenti, la dichiarazione del RUP è verificata dal responsabile dell'ufficio di appartenenza o dal superiore gerarchico. Tali verifiche sono dirette ad accertare e far valere eventuali situazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi dichiarate dai commissari di gara.

Sempre il RUP, secondo quanto richiesto dall'Autorità col PNA 2022, è tenuto ad attestare di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi ovvero la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però, da non pregiudicare la procedura; ovvero ancora la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, a seguito delle quali sono state adottate specifiche misure di riduzione/eliminazione del rischio. Tale attestazione deve essere riportata all'interno del **provvedimento di affidamento/aggiudicazione**.

A questa prima verifica di correttezza e di contenuto, si affiancano quelle finalizzate ad accertare la veridicità delle informazioni rese dai dichiaranti. A tal fine, state individuate le seguenti procedure:

- a) **le verifiche di inconferibilità**, sono effettuate dalle strutture in indirizzo per competenza, per il tramite del Servizio Certificato Casellario per Pubbliche Amministrazioni CERMAS/CERPA offerto dalla Procura della Repubblica di Napoli e mediante l'auto-definizione di un ragionevole campione;
- b) **le verifiche di incompatibilità**, saranno effettuate dal Nucleo Ispettivo Interno.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Nella Tabella sottostante si riportano i risultati dell'attività svolta per la misura in esame dalle competenti strutture.

Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nella formazione di commissioni di gara			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Richiesta e acquisizione delle dichiarazioni inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi all'atto dell'accettazione dell'incarico dei commissari e del RUP	SC Supporto amministrativo	Prot. 0001449/i del 10/01/2024	La struttura è interessata, per effetto di atti formali dell'Amministrazione, allo svolgimento di procedure di gara soltanto in forma residuale. Pertanto nell'anno 2023 per le procedure di approvvigionamento dei beni e servizi della ricerca espletati ai sensi dell'art. 36 del D.L.vo 50/16 s.m.i. e s.m.i la scrivente S.C. dispone della modulistica in uso per questa tipologia di gara.
Richiesta e acquisizione delle dichiarazioni inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi all'atto dell'accettazione dell'incarico dei commissari e del RUP	SC Beni e servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
Richiesta e acquisizione delle dichiarazioni inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi all'atto dell'accettazione dell'incarico dei commissari e del RUP	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002913/i del 19/01/2024	Ai commissari di gara viene fatta firmare l'autodichiarazione di assenza di conflitto d'interesse utilizzando il modulo 9 dichiarando pertanto di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità, incompatibilità e di astensione previste dall'art. 77 commi 4, 5 e 6 del D.lgs. n. 50/2016.
Verifica del RUP delle dichiarazioni rese dai commissari e del responsabile di struttura	SC Supporto amministrativo	Prot. 0001449/i del 10/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche



sulla dichiarazione resa dal RUP			
Verifica del RUP delle dichiarazioni rese dai commissari e del responsabile di struttura sulla dichiarazione resa dal RUP	SC Beni e servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
Verifica del RUP delle dichiarazioni rese dai commissari e del responsabile di struttura sulla dichiarazione resa dal RUP	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002913/i del 19/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Attestazione assenza conflitto di interessi effettuata dal RUP e inserimento all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione.	SC Supporto amministrativo	Prot. 0001449/i del 10/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Attestazione assenza conflitto di interessi effettuata dal RUP e inserimento all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione.	SC Beni e servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
Attestazione assenza conflitto di interessi effettuata dal RUP e inserimento all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione.	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002913/i del 19/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di incompatibilità rese dai commissari e dal RUP	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità rese dai commissari e dal RUP	SC Supporto amministrativo	Prot. 0001449/i del 10/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità rese dai commissari e dal RUP	SC Beni e servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità rese dai commissari e dal RUP	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002913/i del 19/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche

Obiettivi 2024

Per il 2024, si ripropongono le medesime misure.

7.3.2.1 Inconferibilità e incompatibilità nella formazione di commissioni di concorso

L'art. 35bis del D.Lgs. 165/2001 prevede che "coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi".

A tal fine, la SC Gestione Risorse Umane, per tutti i procedimenti concorsuali e selettivi, è tenuta ad acquisire l'apposita modulistica recante le previsioni dell'art. 35, comma 3, lett. e) del D.Lgs n. 165/2001 e dall'art. 51 del codice di procedura civile.

Le verifiche sulla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi sono effettuati dalla medesima SC Gestione Risorse Umane per il tramite del servizio "Certificato casellario per pubbliche amministrazioni – CERMAS", con le modalità stabilite dal tavolo tecnico (verifica a campione). Al Nucleo Ispettivo sono, invece, affidati gli accertamenti concernenti le ipotesi di incompatibilità.

Con la nota Prot. n. 0009874/i del 23/03/2023, di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023-2025, l'RPCT ha chiesto alla SC Gestione Risorse Umane e al Nucleo Ispettivo Interno di dar eseguito e applicazione alle attività previste. Successivamente, con nota Prot. 0015444/i del 11/05/2023, ad integrazione della nota Prot. 0009874/i del 23/03/2023, è stato precisato che i componenti delle commissioni di concorso vengono equiparati dall'ANAC (PNA 2019) ai consulenti o collaboratori. Pertanto, oltre alle dichiarazioni previste in tema di inconferibilità e incompatibilità, gli stessi sono tenuti a rendere la modulistica approntata per tutti i consulenti e collaboratori. Si è rammentato, infine, che è obbligatorio pubblicare anche l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse operata dalla SC Gestione Risorse Umane.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

I risultati della misura in esame sono riportati nella Tabella seguente:

Inconferibilità e incompatibilità nella formazione di commissioni di concorso			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Acquisizione dichiarazione inconferibilità e incompatibilità; B) Acquisizione dichiarazioni assenza conflitti d'interessi, lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche o di attività professionali; C) Verifica completezza e	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001776/i del 12/01/2024	La misura "Inconferibilità e incompatibilità commissioni di concorso" è stata applicata. Difatti, al fine di procedere all'avvio e alle attività intraprese inerenti la misura suddetta, la scrivente UOC ha: 1) sottoposto, a ciascun commissario di concorso, il modello 10 integrato "Dichiarazione dei componenti di commissioni selettive di accesso a pubblici impieghi", corredato dalla mod. 5.1 "Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi"; 2) acquisito la suddetta dichiarazione da tutti i componenti di commissione di concorso; 3) provveduto alla pubblicazione obbligatoria nel Portale Amministrazione Trasparente delle procedure concluse.

correttezza delle dichiarazioni rese; D) Pubblicazione attestazione assenza conflitto di interessi			
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese in tema di inconferibilità	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001776/i del 12/01/2024	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese in tema di incompatibilità	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003354/i del 23/01/2024	In considerazione della ricomposizione del Nucleo, avvenuta a luglio dell'anno 2023 mediante l'individuazione dei nuovi componenti, delle attività di verifiche "contingenti" allo stesso affidate successivamente all'insediamento e della mole di attività in carico a ciascun dirigente/componente, il Nucleo dichiara di non aver potuto dare corso all'espletamento di ulteriori attività. Ciò posto decide di chiedere agli uffici interessati dai predetti controlli l'elenco dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti onde poi procedere all'estrazione del campione da sottoporre a verifica.

Obiettivi 2024

Per il 2024 si ripropongono le stesse azioni.

7.4 Rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1, lett. i-quater) del D.Lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

La Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019, prevede, tra l'altro, l'obbligo per l'amministrazione che abbia notizia di condotte di natura corruttiva, di assegnare il personale ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

Con nota Prot. 0009993/i del 24/03/2023, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2023/2025 dell'Istituto G. Pascale – Rotazione straordinaria conseguente l'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", gli uffici procedimenti disciplinari dirigenza e comparto sono stati invitati a prestare la massima attenzione in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva e ad applicare l'istituto della rotazione straordinaria laddove ne ricorrono i presupposti, informandone il RPCT per le attività di monitoraggio previste dalla normativa vigente. Inoltre, Infine, per la successiva attività di rendicontazione della misura in esame, è stato chiesto di annotare e comunicare al RPCT:

1. il numero di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva avviati nel 2023;
2. se, in considerazione degli stessi, si è fatto ricorso o meno all'istituto della rotazione straordinaria (riportandone le motivazioni);

3. le misure alternative adottate nell'ipotesi di impossibilità di attuare il trasferimento di ufficio "in ragione della qualifica rivestita ovvero per obiettivi motivi organizzativi", così come previsto dalla Legge n. 97/2001.

Le strutture interessate hanno così rendicontato:

- UPD Comparto, nota Prot. 0001319/i del 09/01/2024, non ha attivato e non ha concluso procedimenti che hanno comportato la misura della rotazione straordinaria.
- UPD Dirigenza, nota Prot. 0001326/i del 09/01/2024, non ha attivato e non ha concluso procedimenti che hanno comportato la misura della rotazione straordinaria.

Obiettivi 2024

La misura viene riproposta anche per il 2024.

7.5 Rotazione ordinaria del personale

L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni e utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione. Il comma 10, lettera b, della L. 190/2012 prevede che il RPCT provvede "alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione", cioè gli uffici coinvolti nella gestione dei processi di cui al comma 16, lettere a-d. Sulla difficoltà della rotazione in ambito sanitario, del resto, si è espressa la stessa ANAC poiché "il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda".

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

In sede di avvio delle attività di cui al PTPCT 2023, con nota Prot. 0010001/i del 24/03/2023, è stato chiesto:

- al **Management Aziendale**, di promuovere l'adozione di un documento di programmazione della misura della rotazione del personale che interessi la totalità degli incarichi ruotabili aggiornando, eventualmente, i criteri di rotazione fissati con Delibera n. 926 del 20/12/2015, **compresi quelli riferiti alla figura del RUP**, come richiesto esplicitamente dall'Autorità col PNA 2022;
- alle **rimanenti strutture in indirizzo**, per competenza, di applicare e ampliare ulteriormente il ricorso a misure alternative, nelle more dell'adozione del richiamato piano della rotazione.

In riferimento, al primo punto, il Direttore Amministrativo, con glossa del 19 aprile 2023, apposta in calce alla nota di avvio sopra indicata, incaricava l'RPCT di rivedere i criteri di rotazione fissati con Delibera n. 926/2015, invitandolo a predisporre una bozza di documento da condividere successivamente con lo stesso Management. Tale bozza è stata poi trasmessa dal Responsabile Anticorruzione con nota Prot. 0014341/i del 03/05/2023. A seguito della valutazione positiva ottenuta dal Management Aziendale e della successiva informativa sindacale, con Delibera n. 1112 del 16/10/2023, l'Istituto si è dotato di nuovo "Regolamento" recante criteri per la rotazione del personale operante in aree a rischio di corruzione, mentre con nota Prot. 0032518/i del 23/10/2023, il Direttore Amministrativo demandava alla SC Gestione Risorse Umane di avviare una ricognizione "circa gli incarichi che, in ragione della loro durata e del fatto che riguardano aree a rischio corruzione, dovrebbero comportare una rotazione dei dirigenti che li ricoprono". Infine, rifacendosi alla sopracitata nota Prot. 0032518/i del 23/10/2023, l'RPCT, con nota Prot. 0032667/i del 24/10/2023, chiedeva al direttore della SC Gestione Risorse Umane di avviare le attività di programmazione propedeutiche all'applicazione della misura in argomento secondo i contenuti della Delibera n. 1112 del 16.10.2023.

Quanto alle misure alternative, le strutture hanno rendicontato secondo quanto riepilogato nella sottostante Tabella.



Inconferibilità e incompatibilità nella formazione di commissioni di concorso

Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Misure alternative alla rotazione ordinaria	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002312/i del 16/01/2024	Nelle more dell'adozione del documento di programmazione della rotazione ha fatto ricorso alle seguenti misure alternative: - segregazione delle funzioni dei tre incarichi di funzione presenti assegnando le varie fasi di un singolo procedimento agli stessi; - rotazione funzionale del personale, rivedendo l'assegnazione di compiti e attività da taluni dipendenti ad altri.
	SC Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0001445/i del 10/01/2024	-Modalità operative di compartecipazione alle attività dell'ufficio mediante affidamento di segmenti di procedure a diverse unità lavorative (cd segregazione); -applicazione per taluni procedimenti del sistema della "doppia sottoscrizione"; -modalità di lavoro in team.
	SC Gestione Beni e Servizi	Mail interna del 17.01.2024	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002900/i del 19/01/2024	Ha provveduto a conferire il ruolo di Responsabile del Procedimento a rotazione, ai dirigenti tecnici assegnati a questo ufficio e a distribuire le varie fasi procedurali a tutto il personale, onde consentire la massima partecipazione ed evitare il consolidamento di situazioni di privilegio.
	SC Gestione Risorse Economico e Finanziarie	Prot. 0001671/i del 11/01/2024	Si conferma il contenuto delle comunicazioni già inviate in sede di monitoraggio intermedio (note prot. nn. 35486/2023 e 38673/2023) circa la presenza di criticità nell'attività inerente la rotazione nell'ambito di questa S. C., data la necessità di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento delle attività ad elevato contenuto tecnico.
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001508/i del 10/01/2024	Per l'anno 2023 non si è proceduto a rotazione ordinaria attesa la recente assegnazione della dott.ssa <i>omissis</i> alla U.O.C. Avvocatura e Affari Legali.
	SC Affari Generali/RPCT		Le misure alternative messe in campo sono state le seguenti: - Predisposizione delibere e convenzioni, l'attività è svolta comunemente dal Direttore della Struttura e dal collaboratore amministrativo professionale assegnato alla struttura; - Le attività concernenti le funzioni di RPCT aziendale coinvolgono contemporaneamente i due collaboratori assegnati alla struttura; - L'attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è supervisionata costantemente dal Direttore della Struttura; - Il protocollo in entrata e uscita dell'Istituto è svolta da n. 3 assistenti amministrativi che quotidianamente e a rotazione provvedono alle relative attività; - la gestione delle delibere, delle convenzioni e delle attività di protocollo avvengono mediante l'ausilio di un apposito software (Gedoc).

Obiettivi 2024

Fermo restando la conferma delle misure alternative alla rotazione ordinaria, alla SC Gestione Risorse umane viene chiesto di predisporre, in linea anche alla richiesta del Direttore Amministrativo in nota Prot. 0032518/i del 23/10/2023, un documento di programmazione della rotazione ordinaria entro il 30/06/2024.

7.6 Il pantouflage

La parola di origine francese “pantouflage” viene utilizzata nel linguaggio corrente per indicare il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato. Tale fenomeno, seppure fisiologico, potrebbe, in alcuni casi non adeguatamente disciplinati dal legislatore, rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni. Pertanto, prima a livello internazionale, e successivamente a livello nazionale, è stata dedicata particolare attenzione alla materia.

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. “incompatibilità successiva” (pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. La norma sul divieto di pantouflage prevede, inoltre, specifiche conseguenze sanzionatorie. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

Giova considerare che tale norma, come ribadito anche dal Consiglio di Stato, disciplina una fattispecie qualificabile in termini di “**incompatibilità successiva**” alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico. Si tratta di un'ipotesi che si configura quale integrazione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità contemplate dal d.lgs. n. 39 del 2013 come si evince dalle disposizioni stesse in materia di pantouflage contenute all'art. 21 del citato decreto.

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Con PNA 2022, l'Autorità suggerisce alcune misure di prevenzione e strumenti di accertamento di violazioni del divieto di pantouflage. Mentre, rinvia a successive Linee Guida e/o atti che l'Autorità intende adottare, tutti gli aspetti sostanziali e procedurali.

7.7.1 Ambito di applicazione del Pantouflage

Nell'individuare l'ambito soggettivo di applicazione, la norma fa espressamente riferimento ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2 del d.lgs. n. 165/2001 cessati dal servizio. Ad essi è precluso, nei tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro, avere rapporti professionali con i soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.

La norma utilizza i termini “servizio” e “cessazione del pubblico impiego”, quasi a riferirsi esclusivamente ai dipendenti a tempo indeterminato delle pubbliche amministrazioni. Tuttavia, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai **progetti del PNRR** il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali.

7.7.2 Il concetto di “esercizio di poteri autoritativi e negoziali” da parte del dipendente

Presupposto perché vi sia pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso nei sensi sopra delineati ovvero tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale, modificando le

situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tra questi, naturalmente, possono ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere

Al fine di valutare l'applicazione del pantouflage agli atti di esercizio di poteri autoritativi o negoziali occorrerà, dunque, valutare nel caso concreto l'influenza esercitata sul provvedimento finale. Tuttavia, la determinazione dei criteri per l'individuazione del divieto di pantouflage saranno definiti dalle sopraccitate linee guida che l'Autorità emanerà.

7.7.3 I soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione

Anche con riferimento ai soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, si rinvia ad apposite Linee Guida - in fase di elaborazione - la determinazione dei criteri per l'individuazione, ai fini del divieto di pantouflage, dei soggetti nei cui confronti siano stati adottati degli atti e comportamenti implicanti l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali.

L'Autorità precisa, nel frattempo, i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione esclusi dall'ambito di applicazione del pantouflage:

- Società in house della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico;
- Enti privati costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente che non presentino profili di continuità con enti già esistenti.

7.7.4 Il significato di attività lavorativa o professionale in destinazione

L'applicazione della disciplina sul pantouflage comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato;
- incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità. L'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

7.7.5 I poteri di vigilanza dell'ANAC in materia di pantouflage

L'Autorità svolge un'attività consultiva ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. e), della l. n. 190/2012, come evidenziato nel Regolamento del 7 dicembre 2018 cui si rinvia. Le amministrazioni dello Stato e gli enti pubblici nazionali, ma anche tutti i soggetti privati destinatari dell'attività delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001 che intendono conferire un incarico, possono richiedere all'Autorità di esprimersi in merito alla fattispecie del pantouflage.

Quanto all'attività di vigilanza in materia di pantouflage, l'Autorità verifica l'inserimento nei PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO delle pubbliche amministrazioni di misure adeguate volte a prevenire tale fenomeno. Come confermato dalla Corte di Cassazione, l'ANAC, oltre ai poteri di vigilanza, detiene anche quelli sanzionatori in materia di pantouflage.

7.7.6 Le verifiche sul pantouflage delle amministrazioni

Tutte le amministrazioni pubbliche sono tenute a prevedere nei propri PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto anche attraverso un'attività di verifica. Fermi restando, infatti, i riconosciuti poteri di ANAC di accertamento e sanzionatori in materia, le amministrazioni svolgono una verifica istruttoria sul rispetto della norma sul pantouflage da parte dei propri ex dipendenti. In particolare, all'interno dell'amministrazione, si ritiene che tali verifiche siano svolte dal RPCT, anche con il necessario supporto degli uffici competenti all'interno dell'amministrazione.

7.7.7 Misure in tema di pantouflage

L'ANAC suggerisce diverse misure da considerare per contrastare il fenomeno. Tali misure, alcune delle quali già previste dai PP.TT.PP.CC.TT. dell'Istituto, sono così riassunte:

1. eventuale inserimento all'interno del Codice di comportamento del dovere per il dipendente di sottoscrivere, entro un determinato termine ritenuto idoneo dall'amministrazione (ad esempio tre anni prima della cessazione dal servizio), previa comunicazione via PEC da parte dell'amministrazione, una dichiarazione con cui il dipendente prende atto della disciplina del pantouflage e si assume l'impegno di rispettare il divieto di pantouflage. Ciò anche allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma. La violazione di tale obbligo configurerebbe una violazione del Codice di comportamento da parte del dipendente, con conseguente valutazione sotto il profilo disciplinare.
2. inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
3. previsione di una dichiarazione da sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma (tale previsione si pone in alternativa alla medesima disposizione da inserire eventualmente nel codice di comportamento);
4. previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro;
5. in caso di soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 previsione di una dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
6. inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere a enti privati, come pure nelle Convenzioni comunque stipulati dall'Amministrazione di un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
7. inserimento di apposite clausole nel patto di integrità sottoscritto dai partecipanti alle gare, ai sensi dell'art. 1, co. 17, della l. n. 190/2012;
8. promozione da parte del RPCT di specifiche attività di approfondimento, formazione e sensibilizzazione sul tema;
9. previsione di specifica consulenza e/o supporto, da parte del RPCT o altro soggetto incaricato dall'amministrazione, agli ex dipendenti che prima di assumere un nuovo incarico richiedano assistenza per valutare l'eventuale violazione del divieto;
10. previsione di specifici percorsi formativi in materia di pantouflage per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell'espletamento dell'incarico;

7.7.8 Modello operativo per la verifica sul divieto di pantouflage

Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage

Il RPCT dell'Istituto, per la corretta attuazione delle misure, si avvale degli uffici competenti per l'acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage.

Verifiche in caso di omessa dichiarazione

L'amministrazione effettua verifiche in via prioritaria nei confronti dell'ex dipendente che non abbia reso la dichiarazione d'impegno.

Nell'ambito delle proprie verifiche, l'amministrazione può raccogliere informazioni utili ai fini della segnalazione ad ANAC circa l'eventuale violazione del divieto di pantouflage, anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (ad es. Telemaco, INI-PEC). Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di pantouflage, il RPCT,

previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata contenente le predette informazioni.

Verifiche nel caso in cui il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno

Qualora il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno al rispetto del divieto, l'amministrazione può svolgere un controllo ordinario su un campione, specie nelle amministrazioni di grandi dimensioni con elevati flussi di personale che annualmente per diversi motivi cessa dal servizio. Le amministrazioni definiscono in sede di Piano la percentuale minima del campione seguendo un criterio di rotazione. In tale campione vanno comunque considerati in via prioritaria i soggetti che abbiano rivestito ruoli apicali. Detta percentuale, comunque, potrà essere rimodulata di anno in anno in base al principio di gradualità e in considerazione delle peculiarità di ciascuna amministrazione/ente tenendo conto, ad esempio, della dotazione organica, dei flussi pensionistici o del grado di perfezionamento degli strumenti di controllo a disposizione. L'amministrazione/ente, comunque, è tenuta a motivare adeguatamente la scelta del campione di dipendenti cessati dal servizio da sottoporre a verifica. Tali verifiche possono essere svolte preliminarmente mediante la consultazione delle banche dati nella disponibilità delle amministrazioni (ad es. Telemaco, INI-PEC). Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di pantouflage, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata contenente le predette informazioni.

Laddove l'ex dipendente comunichi all'amministrazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, l'amministrazione effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della norma sul pantouflage. Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle banche dati già citate e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione. Nel caso in cui dalle verifiche svolte emergano dubbi circa il rispetto del divieto di pantouflage, il RPCT, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata contenente le predette informazioni, informandone comunque l'interessato.

Verifiche in caso di segnalazione/notizia circostanziata di violazione del divieto

Nel caso in cui pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, al fine di scoraggiare segnalazioni fondate su meri sospetti o voci o contenenti informazioni del tutto generiche, il RPCT prende in esame solo quelle ben circostanziate.

Qualora la segnalazione riguardi un **ex dipendente che abbia reso la dichiarazione** il RPCT - ferma restando la possibilità di consultare le banche dati disponibili presso l'amministrazione - previa interlocuzione con l'ex dipendente, può trasmettere una segnalazione qualificata ad ANAC.

Nell'ipotesi in cui, invece, non sia stata resa detta dichiarazione, il RPCT, innanzitutto sente l'ex dipendente e, se necessario, procede secondo quanto indicato relativamente alle "verifiche in caso di omessa dichiarazione".

7.7.9 Misure di contrasto del Pantouflage – risultati raggiunti anno 2023

Con la nota di avvio Prot. 0010012/i del 24/03/2023, sono state fornite adeguate indicazioni per il contrasto del fenomeno del Pantouflage, il cui risultati possono essere così sintetizzati:

1) SC Affari Generali:

- in sede di avvio delle attività formative, con nota Prot. 0010014/i del 24/03/2023, è stato chiesto all'Ufficio Formazione di attivare l'evento formativo dal titolo "Il pantouflage: caratteristiche e misure organizzative per il rispetto del divieto". La tematica è stata trattata nelle due giornate formative dedicate al Codice di Comportamento del 21 e 22 settembre 2023, per complessive 8 ore;
- nessuna segnalazione del divieto di pantouflage all'ANAC si è resa necessaria atteso che non vi è stata alcuna violazione del medesimo divieto nel 2023;

2) SC Gestione Risorse Umane, riscontro in nota Prot. 0002054/i del 15/01/2024, ha comunicato che:

- ha inserito in tutti gli atti di assunzione apposite clausole di divieto di pantouflage ed in particolare è stata inserita la seguente dicitura "Il dipendente prende atto che ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs n. 165/2021 gli è fatto divieto nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) presso

soggetti privati nei confronti dei quali il medesimo dovesse negli ultimi tre anni di servizio esercitare poteri autoritativi e negoziali (c.d. pantouflage). Tale disposizione costituisce misura generale per la prevenzione della corruzione da rispettare insieme a tutte le altre previsioni del PTPC dell'Istituto Pascale”;

- sottoposto, altresì, ai dipendenti cessati individuati quali destinatari della prescrizione il modello “pantouflage”, che si allega, concernente la dichiarazione “di impegno negli ultimi tre anni di servizio e per i tre anni successivi alla cessazione”.
 - precisa, inoltre, che non sono pervenute né comunicazioni di nuovi rapporti di lavoro successivi di ex dipendenti né sono pervenute segnalazioni di violazioni del divieto in parola.
- 3) SC Amministrativa della Ricerca, nota Prot. 0001444/i del 10/01/2024, fermo restando la residualità delle procedure di gara ai sensi della delibera 524/21, comunica che, per quanto concerne l’obbligo a carico dell’operatore economico che concorre in gara, provvede negli atti prodromici all’affidamento di eventuali contratti di fornitura, a far rendere la dichiarazione “di non aver stipulato contratti di lavoro e\o aver attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici”.
 - 4) SC Gestione Beni e servizi, mail interna del 17.01.2024, il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver “null’altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame”.
 - 5) SC Progettazione Manutenzione Edile e Impianti, nota Prot. 0002899/i del 19/01/2024, la SC procede regolarmente all’acquisizione del DGUE, che alla parte III lettera D, riporta la dichiarazione dell’operatore economico relativa all’ istituto del pantouflage. La stessa dichiarazione viene rilasciata anche con la sottoscrizione del patto di integrità predisposto dalla scrivente S.C. al punto 3 del relativo modulo. Si evidenzia che alla data del 31.12.2023 non risultano cessati dal servizio per raggiunti limiti d’età, da meno di 3 anni, dipendenti con poteri autoritativi o negoziali.

Obiettivi 2024

Il fenomeno del Pantouflage sarà contrastato applicando le stesse azioni sopra descritte. Inoltre, a seguito della emanazione delle linee guida sugli aspetti sostanziali e procedurali della disciplina che l’ANAC emanerà (come risulta dalla lettura della sezione dedicata al Pantouflage del PNA 2022), l’Istituto provvederà all’aggiornamento delle disposizioni in materia previste dal “Regolamento in materia di inconfirabilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico” adottato con Delibera n. 106 del 03/02/2022.

7.8 Trasparenza: rinvio all’apposita sezione del Piano

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

7.9 Formazione del personale

La formazione riveste un’importanza cruciale nell’ambito dell’azione di prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata consente, infatti, di raggiungere i seguenti obiettivi:

- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell’ambito del processo di prevenzione;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l’indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale e della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione e per lo svolgimento dell’attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- occasione di confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale “in formazione” proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate. Ciò rappresenta un’opportunità significativa per coordinare e omogeneizzare all’interno dell’ospedale le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici,

garantendo la costruzione di “buone pratiche amministrative” a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

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

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

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

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

In sede di programmazione delle attività della Sub-sezione 3 – Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale – Formazione del Personale – della Sezione 3 del PIAO – Organizzazione e Capitale Umano – il RPCT ha comunicato al neo-costituito Ufficio Formazione i seguenti eventi formativi per l’anno 2023:

1. procedimenti disciplinari area comparto e dirigenza;
2. codice di comportamento alla luce delle linee guida di cui alla Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020;
3. pantouflage: caratteristiche e misure organizzative per il rispetto del divieto;
4. whistleblowing: la tutela del dipendente che segnala illeciti;
5. formazione del personale idoneo a ricoprire l’incarico di RUP in materia di prevenzione della corruzione.

Con nota Prot. 0010014/i del 24/03/2023 il RPCT ha richiesto all’Ufficio Formazione di inserire nella programmazione due eventi formativi dedicati alla prevenzione della corruzione previsti dal PIAO dell’Istituto. Nel 2023 è stato organizzato un corso di formazione dal titolo "La riforma del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nelle giornate 21-22 settembre per un totale di 8 ore. Il corso, in videoconferenza, è stato destinato, prioritariamente, ai dipendenti che operano nelle aree a maggior rischio di corruzione. La registrazione video dell’evento formativo è stata resa fruibile poi a tutto il personale in una successiva finestra temporale di 15 giorni. Sono stati trattati i seguenti argomenti:

- Gli obblighi comportamentali dei pubblici dipendenti alla luce del DPR n. 62 del 2012 così come riformato dal DPR n. 81/2023, alla luce della novella normativa di cui al D.L. n. 36/2022;
- Il regime di utilizzo di posta elettronica, social media e altri canali di comunicazione digitale;
- La traduzione dei precetti da seguire in una social media policy;
- La tutela dell’immagine della PA nei comportamenti in rete dei dipendenti;
- Il bilanciamento tra gli interessi dell’amministrazione e i diritti dei dipendenti;
- La giurisprudenza in tema di utilizzo dei social media da parte dei dipendenti pubblici;
- La precisazione del dovere dei dirigenti di favorire la formazione dei dipendenti;
- Ulteriori novità normative e specifici ambiti “critici” necessitanti un aggiornamento del Codice di comportamento: la recente riforma del Whistleblowing (D. Lgs. n. 24/2023); il divieto di pantouflage; il conflitto di interessi (anche con esame di casistiche specificamente legate all’ambito sanitario);

- Il potere disciplinare della P.A. e le ricadute sul piano dei procedimenti disciplinari delle novità introdotte;
- Le infrazioni per dipendenti e dirigenti nei CCNL;
- Responsabilità disciplinare del dirigente e responsabilità dirigenziale;
- Lo svolgimento del procedimento disciplinare.

Infine, nella prevista giornata della trasparenza del 7/12/2023 sono stati trattati i contenuti del PTPCT, con un focus sul Valore Pubblico che le misure generali e specifiche possono contribuire a generare.

Obiettivi 2024

Al fine di consentire la programmazione delle attività della Sub-sezione 3 – Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale – Formazione del Personale – della Sezione 3 del PIAO – Organizzazione e Capitale Umano – il RPCT ha comunicato al neo-costituito Ufficio Formazione i seguenti eventi formativi per l’anno 2024:

1. Il Codice di Comportamento alla luce delle novità introdotte dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”. Focus sul divieto di Pantouflage: caratteristiche e misure organizzative per il rispetto del divieto.
2. Giornata della Trasparenza.

7.10 Il Whistleblowing

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento quale misura di prevenzione della corruzione, imponendo peraltro alle amministrazioni di individuare una procedura finalizzata a garantire tale tutela e a stimolare le segnalazioni da parte del dipendente. Quale misura di prevenzione della corruzione, il Whistleblowing deve trovare posto e disciplina in ogni PTPC.

Sulla base di questa previsione, la tutela del “whistleblower” è stata prevista nel primo Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione triennio 2014-2016 (adottato con la Deliberazione n. 143 del 28/02/2014), nell’aggiornamento annuale al PTPC del triennio 2015-2017 (adottato con Disposizione del Direttore Generale n. 14 del 02.02.2015) e nel successivo aggiornamento annuale per triennio 2016-2018 (deliberazione n. 56 del 29.01.2016).

A tal fine, sul sito aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, è stata pubblicata la procedura operativa, approvata con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 591 del 03/08/2016, di cui fa parte il modello gestionale (mutuato da quello in uso per il personale ANAC) che, garantendo l’anonimato, permette di esporre “denunce” da sottoporre all’attenzione del RPCT. Come ulteriore modalità, la segnalazione può essere direttamente inoltrata all’ANAC attraverso il modulo è reperibile tramite il seguente link: <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Servizi/ServiziOnline/SegnalazioneWhistleblowing>. In linea con la programmazione del PTPCT 2018/2020, con Deliberazione del Direttore Generale n. 391 del 02/05/2018 - “Attuazione misure del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza 2018-2020. Aggiornamento della procedura operativa per la segnalazione di illeciti e tutela del dipendente pubblico (c.d. whistleblower), di cui alla delibera del commissario straordinario n. 591 del 03/08/2016”, la sopracitata procedura è stata armonizzata alle nuove previsioni della Legge 30 novembre 2017, n. 179 (Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato). Inoltre, a far data dal 24/04/2018 l’Istituto si è dotato di una procedura informatica “open source” per la segnalazione di condotte illecite, illustrata nel manuale d’uso allegato al regolamento.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

In sede di programmazione, il PTPCT 2023-2025 dell’Istituto prevedeva l’aggiornamento della regolamentazione definita con Delibera del Direttore Generale n. 391/2018 alla luce delle nuove linee guida ANAC in Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 e del recepimento della Direttiva UE anno 2019/1937 del 23/10/2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazione del diritto dell’Unione. Con Deliberazione n. 1140 del 23/10/2023 ad oggetto “Procedure per la segnalazione di illeciti e protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’unione e delle disposizioni normative nazionali

(whistleblowing) – aggiornamento della procedura operativa in delibera n. 391 del 02/05/2018” si è dato seguito a tale obiettivo.

Quanto ai casi di segnalati, si rileva che nel corso del 2023 la procedura non è stata attivata da alcun stakeholder.

Obiettivi 2024

Mantenimento della procedura e gestione delle segnalazioni sulla base del nuovo regolamento adottato.

7.11 Patti di integrità

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell’art. 1, co. 17, della l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d’integrità per l’affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all’esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell’azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

A tal fine, l’Istituto Pascale nella documentazione di gara rende noto i contenuti del “Protocollo di legalità sugli appalti” (stipulato tra il Prefetto di Napoli, la Regione Campania, la Provincia di Napoli, il Comune di Napoli e i legali rappresentati delle stazioni appaltanti interessate” del 05/02/2008) e fornisce la modulistica all’uopo necessaria. Tuttavia, il modello utilizzato, risalente al 2008, non contempla le misure suggerite dal PNA 2019 e 2022, quali:

- il rispetto del codice di comportamento da parte dei soggetti privati, nonché delle misure che concernono il pantouflage e il conflitto di interessi;
- l’introduzione di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente;
- la previsione di idonee sanzioni a carico dell’operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

Ciò premesso, in sede di avvio delle attività conseguenti l’adozione del PTPCT 2023-2024 (Prot. 0010020/i del 24/03/2023) è stato chiesto ai punti ordinanti, oltre all’applicazione del citato protocollo di integrità, di richiamare nei documenti di gara:

- a) il rispetto del codice di comportamento aziendale da parte dei soggetti privati;
- b) le misure che concernono il pantouflage (seguendo i contenuti della nota Prot. 0010012/i del 24/03/2023 dedicata a tale istituto) in particolare, la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, dell’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto (in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall’Autorità ai sensi dell’art. 71 del d.lgs. n. 50/2016);
- c) l’obbligo per il dipendente di astenersi in caso di conflitto di interessi con l’impresa o le imprese partecipanti alla procedura di gara, seguendo le indicazioni fornite con nota Prot. 0009405/i del 20/03/2023 del RPCT;
- d) l’obbligo per il dipendente, che partecipa alla procedura di gara in qualità di commissario, di rendere l’apposita dichiarazione circa l’inesistenza di cause di inconfirabilità, incompatibilità e di astensione previste dall’art. 77 del D.Lgs. 50/2016, secondo quanto indicato con nota Prot. 0009411/i del 20/03/2023 della scrivente;
- e) la previsione di idonee sanzioni a carico dell’operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti, quali l’esclusione dalla gara o la risoluzione del contratto in caso di inottemperanza agli obblighi ivi previsti.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2023

I risultati dell'attività svolta per la misura in oggetto possono essere così sintetizzati:

- Con nota Prot. 0001446/i del 10/01/2024, il Direttore della S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali ha comunicato che "è deputata all'espletamento, su espressa assegnazione del Direttore della U.O.C. Gestione Beni e Servizi (Centrale Unica di Acquisto), delle procedure di acquisizione di beni e servizi destinati allo svolgimento dei progetti di ricerca nei limiti dell'importo di cui all'art. 36 comma 2, lett. a) del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., fatta salva la facoltà della citata Direzione della U.O.C. G.B.S. di individuare, nella determina a contrarre, ai sensi degli artt. 31-32 del D.Lgs. 50/2016, uno specifico RUP (dirigente della struttura che individua il responsabile istruttore) anche nell'ambito del personale della U.O.C. S.A.R. Il vigente protocollo di legalità stipulato con la Prefettura di Napoli nel 2008 esclude dall'applicazione delle misure in esse contenute le procedure di affidamento di lavori servizi e forniture di importo inferiore ad € 40.000,00. Tanto premesso lo scrivente Ufficio è interessato, per effetto della deliberazione 524/21, allo svolgimento di procedure di gara per la ricerca di importo superiore ad € 40.000,00 solo in via residuale ed in tali casi osserva l'applicazione del protocollo di legalità. Inoltre con riferimento al codice di comportamento nelle lettere di invito ovvero nelle condizioni particolari di partecipazione alla gara mediante Mepa chiede alle Ditte concorrenti di produrre dichiarazione di impegno al rispetto delle regole di condotta previste dal codice in parola. Si rappresenta, infine, che le misure relative al pantouflage sono previste negli atti propedeutici alle procedure di acquisto e che, allo stato, non risultano violazione al citato istituto. I dipendenti individuati quali valutatori delle offerte pervenute a seguito di procedure sotto soglia a carico della scrivente struttura osservano l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse nonché osservano l'obbligo di dichiarare l'inesistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità e di astensione".
- SC Gestione Beni e Servizi, mail interna del 17.01.2024, il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata. Lo stesso Direttore, invitato dal RPCT (nota Prot. 0002584/i del 17/01/2024) a fornire maggiori dettagli comunica di non aver "null'altro da aggiungere rispetto a quanto già trasmesso che ha carattere esaustivo rispetto agli adempimenti presi in esame".
- Il Direttore della SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti, con nota - Prot. 0002897/i del 19/01/2024, ha comunicato che per le procedure di gara per l'affidamento di servizi e/o lavori e nel conseguente contratto stipulato tra le parti, è rinvenibile il richiamo al rispetto del patto di integrità contenuto nel "Protocollo di legalità sugli appalti" stipulato in data 05/02/2008 tra Prefettura di Napoli, Regione Campania, Provincia di Napoli, Comune di Napoli e i legali rappresentanti delle stazioni appaltanti interessate, con specifiche prescrizioni ed obblighi a carico dei soggetti affidatari, prevedendo sanzioni nel caso di violazioni degli impegni sottoscritti.

Obiettivi 2024

Per il 2024 si ripropongono le medesime attività sopra elencate.

SEZIONE III TRASPARENZA

1. Introduzione

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

All'interno della presente sezione del PTPC sono state individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese quelle di natura organizzativa, intese ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, c. 3 del d.lgs. n. 33/2013.

2. Responsabilità e competenze

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

2.1. Responsabile per la trasparenza

Il Responsabile della trasparenza, che coincide con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, confermato con Deliberazione del Direttore Generale n. 72/2020, svolge i compiti previsti dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 e precisamente:

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

La pubblicazione e l'aggiornamento di tutti i dati richiesti dal D.Lgs. 33/2013, è a carico del responsabile dell'ufficio competente per materia delle strutture indicate nella Tabella in Allegato 4, mentre il Responsabile della trasparenza svolge unicamente attività di coordinamento e vigilanza. Nelle comunicazioni inerenti i dati da pubblicare, i direttori/dirigenti devono rispettare i limiti alla trasparenza, come meglio descritti nelle linee guida in materia di trattamento dei dati personali contenute nel provvedimento n° 243 del 15/05/2014 del Garante della Privacy.

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

I soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture indicate nell'Allegato 4, ognuno per gli adempimenti di propria competenza.

Il Dirigente Responsabile di ciascuna Struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati (tassativamente in formato aperto).

I Dirigenti responsabili delle strutture aziendali elencate nell'Allegato 4 assumono, quindi, il ruolo di "Referenti aziendali per la trasparenza". Nei loro confronti, il Responsabile della Trasparenza, svolge esclusivamente funzioni di coordinamento delle attività in tema di trasparenza mediante:

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

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

2.3 L'Organismo indipendente di valutazione della performance

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

2.4 L'Ufficio relazioni con il pubblico, il web content manager e web master, responsabile della transizione digitale

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

Data la coincidenza del Dirigente dell'URP Aziendale con la figura di Web Content Manager, il predetto Dirigente è il responsabile e l'ideatore dei contenuti del sito, ne definisce le strategie di impostazione e comunicazione, assicura il loro continuo aggiornamento. Pianifica il contenuto dei servizi e la loro pubblicazione, anche ai fini dell'art. 54 del D.Lgs. n.82/2005, come modificato dal D.Lgs. 33/2013.

Il Webmaster aziendale amministra e gestisce il sito web aziendale, ne assicura il corretto funzionamento, risolvendo eventuali problematiche, nonché assicura il continuo allineamento con la normativa, anche ai fini dell'art. 54 del D.Lgs. n.82/2005, come modificato dal D.Lgs. 33/2013.

Il Responsabile della transizione digitale, nominato con Delibera n. 81 del 25/10/2022, col compito di conduzione del processo di transizione alla modalità operativa digitale e dei conseguenti processi di riorganizzazione aziendale finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e accessibili.

2.5 Responsabile della Protezione dei Dati-RPD

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento (UE) 2016/679 il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. 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 nel rispetto dei principi trasparenza, e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento. Il RGPD ha introdotto, inoltre, la figura del Responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una professionalità interna all'ente e non deve coincidere con il RPCT.

Il RPD, ai sensi dell'art. 25 del RGPD, è tenuto a porre in essere «misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che siano trattati per impostazione predefinita (privacy by default) solo i dati necessari per ogni specifica finalità del trattamento». Inoltre, lo stesso deve mettere «in atto misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volta ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati, quali la minimizzazione [...]».

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

- Delibera n. 531 del 13/07/2017, nomina del Referente Privacy;
- Delibera n. 286 del 20/03/2018, nomina del Consulente Informatico Privacy;
- Determina del Direttore Generale n. 50 del 22/05/2018, nomina del RDP-Responsabile Protezione Dati Personali, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679;
- Delibera 590 del 24/07/2018, Nuovo Regolamento Aziendale in Materia di Protezione dei Dati Personali;
- Delibera n. 741 del 14/07/2020, Integrazione delibera 590 del 24/07/2018, Nuovo Regolamento Aziendale in Materia di Protezione dei Dati Personali;
- Delibera n. 802 del 28/07/2020, Integrazione delibera 590 del 24/07/2018, Nuovo Regolamento Aziendale in Materia di Protezione dei Dati Personali-pubblicazione allegati.

2.6 L'ANAC

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

3. Accesso civico

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

L'Istituto dell'accesso civico è stato previsto e disciplinato nei PP.TT.PP.CC. aziendali, adottati con delibere n. 143 del 28.02.2014, n. 10 del 02.02.2015, n. 56 del 29.01.2016, n. 50 del 27/01/2017 e n. 79 del 30/01/2018. Si è, inoltre, proceduto alla pubblicazione nella sezione dedicata (Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Accesso civico) di una nuova tabella di sintesi delle informazioni necessarie sulle modalità di accesso agli atti amministrativi e della modulistica aggiornata per esercitare l'accesso (frutto dei lavori del Tavolo Tecnico Regionale – Trasparenza Amministrativa).

Premesso che l'Autorità con linee guida adottate con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, ha invitato le amministrazioni destinatarie a disciplinare con un apposito regolamento le modalità di esercizio dell'accesso generalizzato, al fine di assicurare l'efficacia di tale diritto, l'Istituto nel 2017 ha adottato un nuovo regolamento (unitamente ad una nuova modulistica), su proposta della S.C. Affari Generali (con la Deliberazione n. 107 del 13/02/2017), individuando Responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico quale destinatario delle richieste di accesso, attribuendo il potere sostitutivo, in caso di inadempienza alla prima richiesta, al RPCT. In base alle disposizioni in materia, è stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentata nel 2022.

In base alle indicazioni fornite dell'ANAC col PNA 2022 in materia dei contratti pubblici, riprendendo quanto stabilito dal Consiglio di Stato, ha ritenuto applicabile il FOIA agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto, a tutela di interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza.

In materia di trasparenza, anche laddove non vi sia un obbligo di pubblicazione di atti, documenti e informazioni, la stazione appaltante è tenuta comunque ad assicurare la conoscibilità degli stessi a seguito di istanze di accesso FOIA, da valutare sempre nel rispetto delle condizioni sopra richiamate.

4. Obiettivi e attività realizzati nel 2023

Considerando le azioni definite dal PTPCT 2023-2025 (Tabella 1, sezione trasparenza del Piano), le attività svolte possono essere così sintetizzate:

- il RPCT ha effettuato due monitoraggi, a maggio e novembre 2023, dell'intera sezione amministrazione trasparente, riferendone l'esito al management aziendale;
- in data 07/12/2023 è stata organizzata la prevista Giornata della Trasparenza;
- come rendicontato nell'apposito paragrafo (§ 7.9), Con nota Prot. 0010014/i del 24/03/2023 il RPCT ha richiesto all'Ufficio Formazione di inserire nella programmazione due eventi formativi dedicati alla prevenzione della corruzione previsti dal PIAO dell'Istituto. Nel 2023 è stato organizzato il corso di formazione dal titolo "La riforma del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nelle giornate 21-22 settembre per un totale di 8 ore;
- obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici, il cui ultimo aggiornamento è riferito all'annualità 2021.

5. Azioni per il 2024

Nell'ambito degli obiettivi strategici definiti dal Vertice Strategico collegati alla trasparenza, il prospetto riportato in Tabella 1 illustra gli obiettivi operativi di maggior rilievo che l'Istituto si propone di realizzare per il 2024.

Tab. 1 – Azioni, tempistiche e responsabilità 2023 in materia di trasparenza

AZIONE	TEMPISTICA	RESPONSABILITA'
MONITORAGGIO DATI PUBBLICATI IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE SECONDO L'ALLEGATO 4 AL PTPCT 2024-2026	ALMENO SEMESTRALE	RESPONSABILE TRASPARENZA
GIORNATA TRASPARENZA	2024	1. URP; 2. STRUTTURA PERMANENTE PER LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE; 3. RPCT

EVENTI FORMATIVI AD HOC IN MATERIA DI TRASPARENZA (NONCHÉ SU TEMATICHE LEGATE ALL'ANTICORRUZIONE)	ALMENO UN EVENTO	1. RESPONSABILE TRASPARENZA; 2. DIREZIONE SCIENTIFICA-UFFICIO FORMAZIONE
OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA' DEI SOGGETTI DISABILI AGLI STRUMENTI INFORMATICI	ENTRO IL 31/03/2024	DIREZIONE GENERALE

5.1 Aggiornamento prospetto obblighi di pubblicazione

Nel presente PTPCT si tiene conto degli obblighi di trasparenza indicati dall'Autorità nell'aggiornamento 2023 (Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023). Infatti, con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici a partire dal 1 gennaio 2024, scattano anche novità dal punto di vista degli obblighi di pubblicazione.

In tal senso, il RPTC con la circolare, nota Prot. 0041073/i del 22/12/2023, ha illustrato le principali novità in materia. In particolare, sono evidenziati i distinti regimi di pubblicazione previsti, distinguibili nelle seguenti fattispecie:

- per i Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in AT, sottosezione "Bandi di gara e contratti", avviene secondo le indicazioni ANAC di cui all'Allegato 9) al PNA 2022;
- per i Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023, l'Autorità ha adottato, con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023, d'intesa con il MIT, un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e a cui si rinvia anche per i profili attinenti all'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- per i Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024, gli obblighi di pubblicazione sono assolti secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. e dai relativi regolamenti attuativi di ANAC. In particolare, le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP per il tramite delle piattaforme di approvvigionamento certificate, le informazioni riguardanti:
 - a) programmazione:
 - il programma triennale ed elenchi annuali dei lavori;
 - il programma triennale degli acquisti di servizi e forniture.
 - b) progettazione e pubblicazione:
 - gli avvisi di pre-informazione;
 - i bandi e gli avvisi di gara;
 - avvisi relativi alla costituzione di elenchi di operatori economici.
 - c) affidamento
 - gli avvisi di aggiudicazione ovvero i dati di aggiudicazione per gli affidamenti non soggetti a pubblicità;
 - gli affidamenti diretti.
 - d) esecuzione
 - la stipula e l'avvio del contratto;
 - gli stati di avanzamento;
 - i subappalti;
 - le modifiche contrattuali e le proroghe;
 - le sospensioni dell'esecuzione;
 - gli accordi bonari;
 - le istanze di recesso;
 - la conclusione del contratto;
 - il collaudo finale.

e) ogni altra informazione che dovesse rendersi utile per l'assolvimento dei compiti assegnati all'ANAC dal codice e da successive modifiche e integrazioni.

Per quanto riguarda i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, le stazioni appaltanti pubblicano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale gli atti che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, come individuati nell'Allegato 6 al presente Piano.

Per quanto riguarda gli adempimenti ex L. 190/2012 il 10 gennaio 2024, l'Autorità ha precisato che per nessuna procedura contrattuale si dovrà predisporre il file XML da inviare ad ANAC ed in particolare:

- per i contratti conclusi entro il 2023: gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risultano adempiuti pubblicando nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" le informazioni di cui all'art. 4 della delibera 39/2016 in formato digitale standard aperto;
- per i contratti non conclusi entro il 2023: la trasparenza degli stessi dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012 e ora indicati nell'art. 28, co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante comunicazione tempestiva degli stessi, cioè nell'immediatezza della loro produzione, alla BDNCP tramite SIMOG (Comunicato congiunto ANAC-MIT, delibera 582 del 13 dicembre 2023). Le stazioni appaltanti pubblicano in "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti", il link tramite il quale si accede alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso attraverso SIMOG.
- per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024: la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell'art. 28 co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante la trasmissione degli stessi dati alla BDNCP attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto.

Ciò premesso, la Tabella degli obblighi di pubblicazione in **Allegato 4** al presente PTPCT, riporta le integrazioni fornite dall'ANAC nell'Allegato 9 – Obblighi di pubblicazione della Sezione Bandi di Gara e Contratti – al PNA 2022. In aggiunta a questa, in considerazione delle novità introdotte e sopra richiamate, al presente PTPCT sono state allegate le Tabelle di cui alle Delibere ANAC n. 263/2023 e n. 264/2023 concernenti, rispettivamente, le "modalità di attuazione della pubblicità legale degli atti tramite la Banca dati nazionale dei contratti pubblici" (**Allegato 5**) e le "informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, quest'ultima aggiornata con Delibera Anac n. 601/2023 (**Allegato 6**).

5.2 La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione. In particolare, le Amministrazioni centrali titolari di interventi PNRR sono tenute a:

1. Individuare all'interno del proprio sito web una sezione, denominata "Attuazione Misure PNRR", articolata secondo le misure di competenza dell'amministrazione, ad ognuna delle quali riservare una specifica sottosezione con indicazione della missione, componente di riferimento e investimento;
2. Pubblicare nella sezione "Attuazione Misure PNRR", per ognuna delle sotto-sezioni, gli atti legislativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato:

- a. la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.);
- b. il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento;
- c. la data di pubblicazione;
- d. la data di entrata in vigore;
- e. l'oggetto;
- f. la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento;
- g. le eventuali note informative.

3. Aggiornare tempestivamente le informazioni fornite in ciascuna sottosezione

A tal proposito, nell'ottica della semplificazione degli oneri in capo delle Amministrazioni centrali titolari di interventi, l'ANAC ritiene che, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di A.T., un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi – in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013 fermo restando che, tali soggetti, qualora lo ritengano utile, possono, in piena autonomia, pubblicare dati ulteriori relativi alle misure del PNRR in una apposita sezione del sito istituzionale, secondo la modalità indicata dalla RGS per le Amministrazioni centrali titolari di interventi.

Si precisa che nell'aggiornamento 2023 al PNA 2022, l'Autorità evidenzia di aver già affrontato il tema della trasparenza in materia di contratti pubblici del PNRR nello stesso PNA 2022. e che le indicazioni e le modalità di pubblicazione dei dati restano confermate.

Infine, si rileva che l'Autorità avendo già affrontato il tema della trasparenza in materia di contratti pubblici del PNRR nel PNA 2022, ne conferma le indicazioni anche nell'aggiornamento 2023 del Piano Anticorruzione.

ALLEGATI:

Allegato 1 – Prospetto valutazione del rischio

Allegato 2 – Programmazione misure specifiche anno 2024

Allegato 3 – Misure specifiche, risultati 2023

Allegato 4 – Griglia obblighi di pubblicazione 2024

Allegato 5 – Griglia obblighi di pubblicazione assolti tramite BDAP (Delibera ANAC n. 263/2023)

Allegato 6 – Griglia obblighi di pubblicazione assolti tramite la sezione di Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificata con delibera 601 del 19 dicembre 2023)

III SEZIONE ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

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

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

Le Strutture dell'Istituto sono:

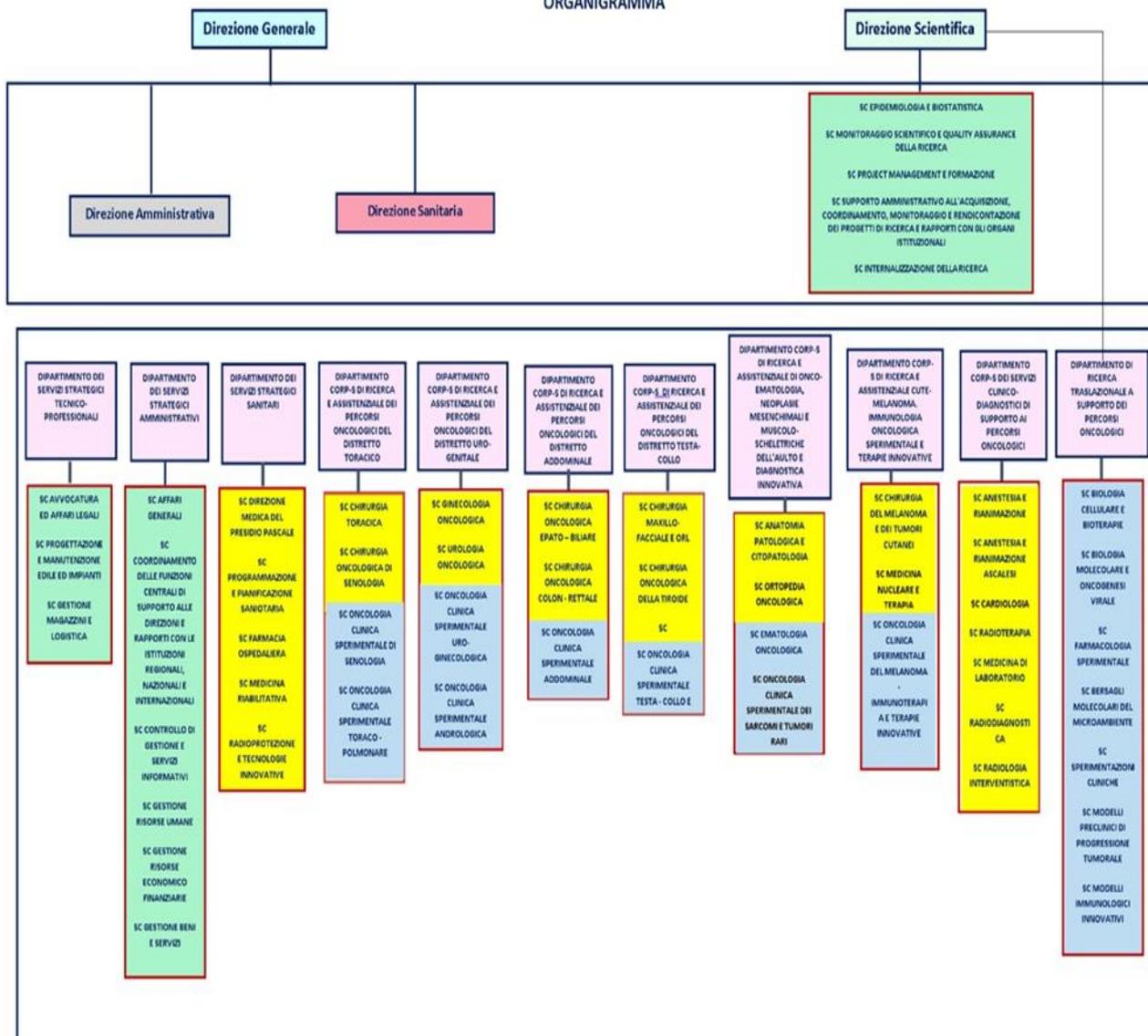
- CORP-S/Dipartimenti
- Dipartimenti
- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Semplici (SS) e Strutture Semplici Dipartimentali

Nella definizione delle strutture organizzative sono utilizzati i parametri di seguito indicati:

- indicazioni normative e disposizioni amministrative nazionali e regionali;
- livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti programmazione regionale;
- unicità e/o valenza strategica aziendale, con una connotazione strettamente;
- complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto;
- volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità;
- peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;
- consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione;
- consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali;
- rispondenza ai bisogni di salute della popolazione.

In attesa della nuova definizione, si rileva che l'organizzazione dell'IRCCS Fondazione G. Pascale è definita dal piano di Sviluppo ed Organizzazione di cui alla Delibera nr. 1/2020, con una precipua organizzazione di carattere dipartimentale così delineata:

ORGANIGRAMMA



Il sopra delineato piano di organizzazione e sviluppo aziendale è stato oggetto di aggiornamento con provvedimento del D.G. nr. 641/2023, elaborato dall'Istituto secondo quanto prescritto dal DCA 103 del 28 dicembre 2018 e ss.mm.ii avente ad oggetto il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera nonché dalla successiva DGRC nr. 378/2020 ed, in ultimo, dal disposto normativo di cui all' art. 6, comma 1-bis del D.Lgs. 288/2003 e ss.mm.ii..

Il citato atto è stato trasmesso alla Giunta Regionale della Campania e al Ministero della Salute in quanto atto complesso in cui intervengono più soggetti pubblici nella definizione procedurale.

3.1.1 Ampiezza media delle unità organizzative

L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio, aggiornata al 31 dicembre del 2023, risulta sintetizzata dalla seguente tabella sotto riportata:



PERSONALE A RUOLO	UNITA' A RUOLO	UNITA' A RUOLO COVID	TOTALE UNITA' A RUOLO
personale dirigente medico	261	0	261
personale dirigente non medico	52	0	52
personale comparto sanitario	477	0	477
personale dirigente professionale	8	0	8
personale dirigente tecnico	2	0	2
personale comparto tecnico	28	0	28
personale comparto socio sanitario	59	0	59
personale dirigente amministrativo	12	0	12
personale comparto amministrativo	88	0	88
TOTALE UNITA' A RUOLO			987

PERSONALE NON A RUOLO	UNITA' NON A RUOLO	UNITA' NON A RUOLO COVID	TOTALE UNITA' NON A RUOLO
personale dirigente medico	8	1	9
personale dirigente non medico	0	0	0
personale comparto sanitario	0	0	0
personale dirigente professionale	0	0	0
personale dirigente tecnico	0	0	0
personale comparto tecnico	0	0	0
personale dirigente amministrativo	1	0	1
personale comparto amministrativo	0	0	0
TOTALE UNITA' NON A RUOLO			10

TOTALE GENERALE UNITA'	997
-------------------------------	------------

Personale Piramide della Ricerca Sanitaria Art.1 c.432 L.205/2017 AL 31.12.2023		
	Fascia di appartenenza	
- Ricercatori sanitari	Posizione Retributiva iniziale	37
	Posizione Retributiva intermedia	3
	Posizione Retributiva elevata	28
- Collaboratori professionali di ricerca sanitaria	Posizione Retributiva iniziale	47
	Posizione Retributiva intermedia	23
	Posizione Retributiva elevata	37
TOTALE PRESENTI		175

3.2 POLA

Sottosezione – Organizzazione Lavoro Agile

Il crescente ricorso a strumenti tecnologici ed alla cd. digitalizzazione dell'attività lavorativa ha determinato una crisi delle tradizionali forme di organizzazione del lavoro, caratterizzate dalla rigida separazione tra vita lavorativa e vita privata.

In questo contesto si è diffuso nella realtà istituzionale il cd. lavoro agile, ossia una forma di lavoro che, valorizzando la responsabilizzazione dei prestatori e la necessità di raggiungere dati risultati, permette al lavoratore di eseguire la propria prestazione anche in locali diversi da quelli aziendali, al fine di conciliare le esigenze di vita quotidiana con gli obiettivi assegnati.

Di seguito si riporta il POLA- proposto dalla SC gestione Risorse Umane con il parere del CUG reso con verbale nr. 1 del 16/01/2024 e quello dell'OIV reso con e-mail del 16/01/2024. Inoltre in data 2961 del 19 gennaio 2024, il citato Piano è stato trasmesso, per informazione ai sensi delle vigenti disposizioni in materia dettate in materia dalla contrattazione collettiva, alle OO.SS. (aziendali e territoriali) Area Dirigenza Sanità e ATP. ai componenti della RSU nonché alle OO.SS. Territoriali Comparto.

PREMESSA

Lo Smart Working (o Lavoro Agile) è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, caratterizzato dall'assenza di vincoli orari o spaziali, e costituisce una "nuova filosofia manageriale fondata sulla restituzione alle persone delle connotazioni di flessibilità e di autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati".

In Italia il lavoro agile è stato introdotto dall'art. 18 comma 1 della legge 22 maggio 2017 n.81. Con tale norma il legislatore ha previsto una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli, da un lato autonoma disciplina e dall'altro, differenziando tale nuova modalità di prestazione dal telelavoro, che già riscontrava una normativa di riferimento sia nel settore pubblico (a partire dalla legge 16 giugno 1998, n. 191 e poi con DPR 8 marzo 1999, n. 70) sia nel settore privato (accordo interconfederale del 9 giugno 2004 e alla contrattazione collettiva che vi aveva dato esecuzione con l'accordo quadro del 23 marzo 2000).

Con la Direttiva n. 3 del 2017 in materia di lavoro agile a firma del Presidente del Consiglio dei Ministri e della Ministra Madia possiamo dire che si è avviata ufficialmente la stagione del "lavoro agile" nelle Pubbliche Amministrazioni.

La Direttiva conteneva in pratica gli indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, che delegava il Governo alla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, prevedendo l'introduzione di nuove e più agili misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei propri dipendenti. E conteneva le linee guida per la nuova organizzazione del lavoro, finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un propulsore dello sviluppo del lavoro agile all'interno delle pubbliche amministrazioni, che fino a quel momento avevano timidamente sperimentato questo strumento. Le esigenze di contenimento dell'emergenza sanitaria, che ha avuto una rapida escalation, ha imposto il ricorso pressoché immediato allo smart working come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, anche derogando alla disciplina degli accordi individuali e degli obblighi informativi sanciti dalla legge 81/2017.

Il protrarsi dell'emergenza epidemiologica e l'esperienza maturata nei primi momenti della stessa ha portato poi al superamento del regime sperimentale del lavoro agile nella pubblica amministrazione, di fatto mai completamente realizzato, e all'introduzione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ad opera dell'art.263, comma 4 bis, del Decreto Legge 34/2020.

L'art. 263 ha decretato infatti l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano delle Performance.

Il POLA doveva individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che potevano essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti potesse avvalersene, garantendo che gli stessi non fossero penalizzati ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definiva, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative."

Successivamente, l'art. 263 in esame è stato modificato dall'art. 11-bis del D.L. n. 52/2021, stabilendo che lo stesso si applicasse ad almeno il 15 per cento dei dipendenti, e in assenza di tale strumento organizzativo, si applicasse ugualmente alla stessa percentuale di dipendenti che ne avessero fatto richiesta. Con il D.L. n. 80/2021 il POLA entra a far parte del PIAO (Piano integrato di attività e di organizzazione).

Il lavoro agile ha pertanto cessato di essere uno strumento di contrasto alla situazione epidemiologica: con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021, infatti, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza. Attualmente, pertanto, il quadro normativo di riferimento è il regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", che prevede l'obbligo dell'accordo individuale per l'accesso al lavoro agile, integrato da quanto previsto dal Titolo VI, Capo I, del CCNL Comparto sanità 2019-2021 siglato il 2/11/2022.

LO SMART WORKING APPLICATO ALL'INTERNO DELL'IRCCS FONDAZIONE G. PASCALE DI NAPOLI

Dalla fase emergenziale alla Direttiva Zangrillo del 29 dicembre 2023

Come detto l'emergenza legata al Covid-19 ha contribuito a riaccendere l'attenzione sul tema dello Smart Working al fine di ridurre al minimo i rischi derivanti dal virus e, per l'effetto, limitare le possibilità di contagio e durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa in virtù dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo n. 18/2020 convertito con legge 24 aprile 2020 n. 27.

Da un punto di vista normativo è stato il decreto attuativo del 23 febbraio 2020 n.6, recante le misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica, a favorire l'adozione dello Smart Working, attuabile sin da subito senza accordo preventivo col dipendente.

Ebbene, in tale contesto, assolutamente nuovo ed in fieri, l'IRCCS Fondazione G. Pascale, ha assicurato la conciliazione delle esigenze di tutela della salute del cittadino/dipendente con quelle aziendali e, conformemente all'evoluzione legislativa, ha proceduto e procede all'implementazione del *welfare* aziendale, ottenuto grazie all'evoluzione digitale e allo sviluppo della *platform economy*.

Con nota prot. n. 7841 del 09/03/2020 sono state adottate le prime direttive in materia smart working demandando ai Direttori e/o Dirigenti delle articolazioni aziendali, laddove la natura e la tipologia delle mansioni consentiva di procedere al ricorso di tale modalità agile, la gestione di tale forma flessibile e il pedissequo controllo delle attività espletate dai lavoratori posti in "modalità agile".

Con successive circolari nr. 8261 del 12/03/2020, nr. 9566 del 27 marzo 2020, nr. 10849/2020 dell'11/04/2020, nr. 12944 del 04/05/2020, nr. 16280 del 04/06/2020, nr. 23387 del 05/08/2020, nr. 29627 del 16/10/2020, nr. 31615 del 04/11/2020, l'Istituto facendo ricorso all'autonomia dirigenziale di cui all'art.

17 del D.Lgs. 165/2001, comma 1, lettera e) consistente nella gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate ai propri uffici, ha delegato i medesimi Dirigenti e/o Direttori delle singole articolazioni aziendali, a procedere ad una ricognizione delle attività cd. “smartabili” e ad adottare un preventivo piano di organizzazione aziendale finalizzato alla successiva rendicontazione e valutazione delle attività espletate dai singoli operatori che fruivano di tale modalità.

Il potenziamento dello smart working in questa prima fase emergenziale (6.03.2020/31.12.2020) non ha inficiato l’efficienza dell’*agere publicum* anzi la produttività è rimasta invariata e si è registrato un aumento del benessere lavorativo.

Lo smart working ha posto “al centro” le persone nell’ambito di un contesto progettuale più ampio di “people strategy, generando profonda innovazione (sia per i lavoratori che per l’Istituto) così come di seguito sintetizzata:

- razionalizzazione nell’uso delle risorse e aumento della produttività, quindi risparmio in termini di costi e miglioramento dei servizi offerti;
- promozione dell’uso delle tecnologie digitali più innovative e utilizzo dello smart working come leva per la trasformazione digitale e per lo sviluppo delle conoscenze digitali;
- rafforzamento dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance basate sui risultati e sui livelli di servizio.
- abbattimento delle differenze di genere;
- riduzione delle forme di “assenteismo fisiologico”.

Con Decreto legge 22 aprile 2021 n. 52- c.d. Decreto Riaperture recante “Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19”, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021 n. 87, il legislatore ha acquisito, lasciandone inalterato il contenuto, le disposizioni di cui al decreto legge 56/2021 (abrogato) relative alla disciplina dello smart working nella Pubblica Amministrazione.

Il menzionato decreto n.52/2021, inoltre, ha modificato l’art 263 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 (convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77), sopprimendo la percentuale minima, vincolante per ciascuna Amministrazione, del 50% del personale in lavoro agile, e ha disposto la fruizione nella misura minima del 15%. Inoltre, il citato provvedimento ha richiamato l’attenzione delle PP.AA. ad organizzare il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi anche facendo ricorso al lavoro agile (in modalità semplificata ovvero senza accordo individuale fino al 31/12/2021) a condizione che l'erogazione dei servizi fosse assicurata con continuità ed efficienza.

L’Istituto con nota prot.n. 30477 del 07 ottobre 2021 ha acquisito quanto statuito dal DPCM 23 settembre 2021 in ordine allo smart working ed al suo sostanziale ridimensionamento a decorrere dal 15 ottobre 2021, oltre alla configurazione della modalità agile, quale strumento straordinario di svolgimento dell’attività lavorativa.

Da questo momento il lavoro agile non ha costituito più la modalità di gestione della situazione emergenziale, determinata dalla diffusione del Virus Sars Cov-2, ma ha rappresentato una modalità residuale e, comunque non prevalente ed ordinaria, di esecuzione della prestazione lavorativa.

Ebbene, in questo contesto di maggiore sicurezza ambientale, lo smart working è stato consentito solo in presenza di taluni presupposti sia di carattere sostanziale che di natura organizzativa e tali da far assurgere il lavoro agile a strumento evolutivo dell’attività amministrativa.

A tal fine ed in considerazione della attività propedeutiche alla definizione del POLA, i Direttori responsabili delle singole articolazioni aziendali hanno provveduto alla definizione delle attività smartabili declinando, in attuazione della *ratio legis* del citato decreto, le attività gestibili da remoto e definite attraverso obiettivi, programmati ed assegnati al dipendente, e valutabili attraverso i risultati conseguiti. Pertanto, pur essendo

lo smart working tornato ad essere una modalità non ordinaria nell'esecuzione della prestazione lavorativa, esso ha rappresentato, comunque, uno strumento ed una opportunità per migliorare la performance individuale conformemente alle innovazioni normative introdotte dal legislatore.

Inoltre, l'Istituto con nota nr. 31354 del 14/10/2021 ha preso atto delle linee operative dettate dal Ministero della Pubblica Amministrazione (D.M. del 08/10/2021) in tema di lavoro agile. Dunque, nella cornice definita dal richiamato DM e senza pregiudicare, in alcun modo, i servizi assicurati all'utenza, l'Istituto, in ossequio al dettato normativo ma con particolare attenzione alle istanze dei lavoratori, ha disposto che la fruizione del lavoro agile fosse subordinata alla:

- 1) mappatura delle attività smartabili;
- 2) determinazione di specifici obiettivi della prestazione lavorativa;
- 3) misurazione dei risultati relativi agli obiettivi programmati.

L'IRCCS fondazione G. Pascale ha poi determinato il limite di attività lavorativa da svolgere in modalità agile nella misura non superiore al 40% dell'orario settimanale contrattuale e, pur garantendo la prevalenza alla modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in presenza, non ha disconosciuto il valore e la potenzialità dello smart working nella gestione e conciliazione dei tempi di vita e lavoro e gli effetti positivi dello stesso sulla produttività individuale.

Con deliberazione n. 111 del 03 febbraio 2022 l'Istituto ha, altresì, provveduto alla ricognizione delle attività da eseguire in modalità agile e ha preso atto di quanto rilevato dai Direttori di Struttura Complessa in merito alle richiamate attività smartabili.

La citata Deliberazione è stata integrata con successive Delibere nn. 329 del 28/03/2022 e 755 del 1/08/2022 a seguito di ulteriori comunicazioni relative ad attività smartabili presso diverse Strutture dell'Istituto.

Con il D.L. del 24 marzo 2022 convertito con emendamenti nella L. n. 52 del 19 maggio 2022 è stata decretata la fine dello stato di emergenza e con essa anche la fine dell'utilizzo del lavoro agile in "modalità semplificata", ovvero quella che non prevedeva, per la sua fruizione, la sottoscrizione di un accordo individuale.

Pertanto in ragione della nuova positiva fase dell'esperienza pandemica, l'Istituto si è posto nell'ottica del superamento della gestione emergenziale ed infatti con Deliberazione n. 540 del 30/06/2022 è stato approvato il regolamento per lo svolgimento dello smart working e lo schema di accordo individuale da sottoscrivere con i dipendenti autorizzati a svolgere tale attività.

Nel regolamento, allo stato in via di modificazione, si prevedeva, tra l'altro, l'applicazione del lavoro agile per il personale che svolge attività preventivamente qualificata come "smartabile" dalle Deliberazioni dell'Istituto che hanno proceduto alla mappatura delle stesse.

In una prima fase tale personale poteva fruirne per un massimo di 10 giorni al mese e sempre nel rispetto della % minima di dipendenti (60%) che comunque doveva assicurare la presenza quotidiana presso ogni singola Struttura. Le giornate lavorative in S.W. sono poi state ridotte a 6 con una Disposizione della Direzione Strategica prot.n. 22245 del 18/07/2022 e con successiva nota prot.n. 32909 del 11/11/2022 a firma del Direttore Amministrativo e del Direttore Generale dell'Istituto è stato disposto, ai sensi dell'art. 19 comma 2 ultimo periodo della legge 81/2017 e ssmmii, il recesso immediato dai contratti di smart working dei direttori di Struttura Complessa afferenti alla sola Direzione Amministrativa e ciò per la necessità di un'interlocuzione diretta, de visu, con i predetti Direttori in ragione delle precipue funzioni gestionali da essi svolte.

La disciplina del lavoro agile per il personale dipendente dell'Istituto così come evidenziato sia nel regolamento ancora vigente che in quello in via di approvazione risponde alle seguenti finalità:

1. Sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi programmati e risultati;
2. Diffondere la cultura digitale;

3. Razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
4. Rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, al fine di migliorare il benessere individuale e organizzativo;
5. Promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze;
6. Rispondere a criticità o emergenze contingenti o per far fronte situazioni di disabilità personali o per esigenze familiari;
7. Rimodulare e razionalizzare la distribuzione degli spazi di lavoro all'interno dei locali dell'Istituto al fine di diffondere il concetto di "desk sharing" ossia condivisione delle scrivanie.

Inoltre anche nell'accordo individuale che sottoscrivono gli smart worker sono state inserite le condizionalità relative alla sicurezza, quelle relative agli aspetti tecnologici e si è posta la necessaria attenzione anche sulla tutela dei dati personali.

Con riferimento alla sicurezza sui luoghi di lavoro nello stesso si rinvia all'indicazione dei rischi generali e specifici forniti dal Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Istituto connessi alle peculiarità dell'attività lavorativa prestata in modalità "lavoro agile" ed ai requisiti minimi di sicurezza del luogo dove l'attività lavorativa dovrà essere svolta così come disciplinati dall'informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile approvata con Deliberazione n. 498 del 13/05/2020.

In ordine alle condizionalità tecnologiche si è stabilito che per poter prestare l'attività lavorativa in s.w. è necessaria la seguente dotazione tecnologica resa disponibile dal dipendente:

- Hardware:
 - Computer Desktop oppure Notebook;
 - Monitor (preferibilmente 19" o superiore);
 - Tastiera, Mouse;
 - Webcam, Cuffie, Microfono
- Software:
 - Sistema Operativo Windows 10 o superiore;
 - Suite Office 365 (Word, Excel, Teams);
 - Browser (Chrome, Firefox, Edge);
 - Antivirus aggiornato (anti-malware e anti-phishing);
- Connettività:
 - accesso ad Internet in banda larga.

Infine con riferimento alla tutela dei dati personali l'accordo individuale prevede che il dipendente è tenuto alla massima riservatezza nel trattamento e nella custodia dei dati personali che gestisce per lo svolgimento dell'attività lavorativa e deve attenersi scrupolosamente al rispetto delle istruzioni per il trattamento dei dati personali impartite dal "dirigente delegato al trattamento" e dalle linee guida sulla protezione dei dati personali in materia di lavoro agile, approvate con Deliberazione n. 351 del 5/05/2022.

Nel corso del 2023 il personale dell'IRCCS Fondazione G. Pascale ha continuato a fruire dello smart working in ossequio al regolamento di cui alla Deliberazione n. 540 del 3.06.2022 ed i dati del 2023 dimostrano quanto lo stesso sia divenuto uno strumento entrato stabilmente nelle modalità ordinarie di lavoro dei dipendenti dell'Istituto (cfr. successiva tabella). Va, inoltre, precisato che il personale sanitario (comparto e dirigenza) che ha fruito dello smart working è personale rientrante nella categoria di lavoratori c.d. "fragili", cioè di quei lavoratori affetti da patologie croniche che, da ultimo con il D.L. n.132 del 29.09.202, ha potuto conservare il diritto allo smart working senza dover rispettare le prescrizioni legislative e regolamentari relative alla prevalenza della presenza in servizio.



STATO DELL'ENTE RISPETTO ALLO SMART WORKING ANNO 2023 (1^ GENNAIO /30 NOVEMBRE)	UNITA'	TOTALE GIORNI FRUITI	TOTALE GIORNI IN PRESENZA
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE AMMINISTRATIVO E PERSONALE AMMINISTRATIVO DI SUPPORTO ALLA RICERCA SANITARIA	91	2439	13203
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE CON PROFILO DI (RICERCATORE SANITARIO)	7	134	1018
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE OSS	0	0	0
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE SANITARIO CPS INFERMIERI *	3	335	307
DEL LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE MEDICO*	7	244	1020
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE DIRIGENTE PTA	9	206	1300
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE TECNICO	7	376	726
		3734	17574

Anche i dati relativi alla valutazione dei benefici e delle criticità del lavoro agile dimostrano quanto questo abbia inciso positivamente sul benessere lavorativo.

Infatti dal questionario somministrato dall'Ufficio Prevenzione e Protezione nel novembre 2023 è risultato quanto segue:



Checklist Smart working_anno 2023

Ciao, Servizio Prevenzione e Protezione. Quando invii questo modulo, il proprietario vedrà il tuo nome e indirizzo email.

1. Garantendoti una postura appropriata durante tutto l'orario di lavoro, prendi le giuste pause in modo che le azioni che più si ripetono durante l'attività lavorativa non siano svolte con continuità e per lungo periodo?

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

2. Il luogo in cui svolgi l'attività lavorativa è dotato di una buona ventilazione e di livelli di illuminazione adeguati?

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

3. La comunicazione con i colleghi e con il Responsabile viene sempre garantita, anche al fine di informare quest'ultimo su eventuali cambiamenti che possano alterare le normali condizioni di salute e sicurezza?

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

4. Al fine di ridurre o eliminare qualunque potenziale disturbo riesci a separare la tua postazione di lavoro dal resto della casa?

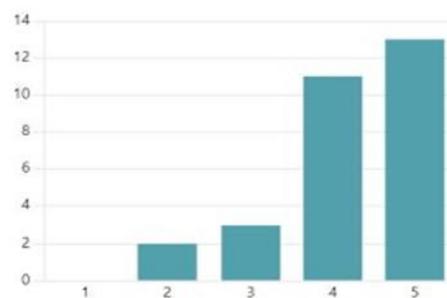
☆ ☆ ☆ ☆ ☆

5. Al fine di poter dedicare il giusto tempo alle attività personali riesci a stabilire dei confini all'attività lavorativa rispettando l'ordinario orario di lavoro?

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

1. Garantendoti una postura appropriata durante tutto l'orario di lavoro, prendi le giuste pause in modo che le azioni che più si ripetono durante l'attività lavorativa non siano svolte con continuità e per lungo periodo?

4.21
Valutazione media

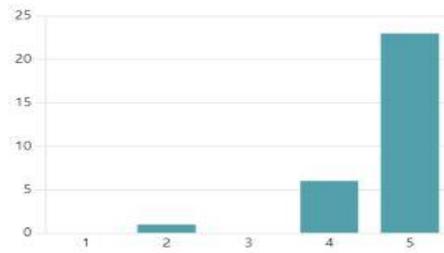




2. Il luogo in cui svolgi l'attività lavorativa è dotato di una buona ventilazione e di livelli di illuminazione adeguati?

4.70

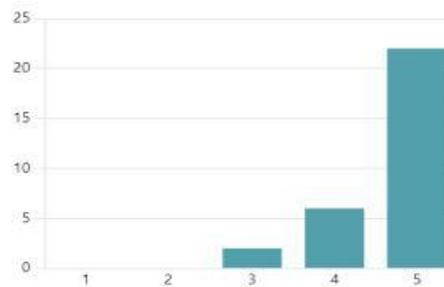
Valutazione media



3. La comunicazione con i colleghi e con il Responsabile viene sempre garantita, anche al fine di informare quest'ultimo su eventuali cambiamenti che possano alterare le normali condizioni di salute e sicurezza?

4.67

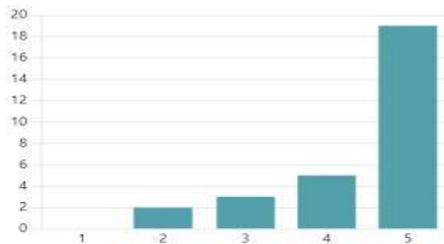
Valutazione media



4. Al fine di ridurre o eliminare qualunque potenziale disturbo riesci a separare la tua postazione di lavoro dal resto della casa?

4.41

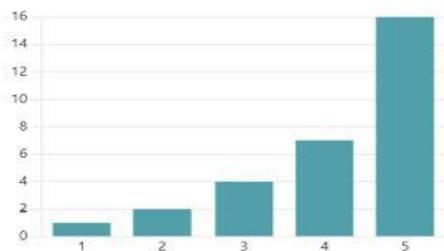
Valutazione media



5. Al fine di poter dedicare il giusto tempo alle attività personali riesci a stabilire dei confini all'attività lavorativa rispettando l'ordinario orario di lavoro?

4.17

Valutazione media



L'Istituto Pascale in linea con la trasformazione del modello organizzativo e gestionale, già avviata dai primi mesi del 2020, continua ad avvertire l'esigenza di favorire una modalità flessibile di svolgimento del rapporto di lavoro con lo scopo sia di promuovere e facilitare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro che per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte dal lavoratore, nel rispetto dei principi cardine del lavoro agile, quali flessibilità, autonomia e collaborazione.

Infatti con nota n. 40568 del 19.12.2023 la UOC Gestione Risorse Umane ha trasmesso al Capo delegazione trattante, ai fini della successiva informativa sindacale, il nuovo regolamento in materia di smart working che recepisce, tra l'altro, le modifiche richieste dal management in ordine alla vigente regolamentazione aziendale e quelle introdotte dalla Contrattazione Collettiva del comparto sanità. Le novità di questa regolamentazione verranno analizzate nel prossimo paragrafo.

Inoltre atteso che il ministro Zangrillo, con la Direttiva del 29 dicembre 2023, ha demandato ai dirigenti della PA il compito di individuare le misure necessarie affinché i soggetti affetti da malattie croniche c.d. fragili (esclusi dalla proroga dello smart working fino al 31/03/2024 dalla Legge di Bilancio 2024) possano continuare ad avvalersi di tale modalità lavorativa, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, il D.A. ha disposto di conformare l'approvando regolamento in materia di lavoro alla predetta direttiva.

Da tutto quanto detto e dai provvedimenti intrapresi è evidente quanto l'attenzione per questa modalità di lavoro sia costante e capillare e quanto oramai il lavoratore ammesso al lavoro agile rappresenti una leva per il cambiamento e l'innovazione organizzativa.

PARTE 2

MODALITA' ATTUATIVE

In questa sezione del Piano, sono definite le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, che la Direzione Aziendale intende attuare.

1. MISURE ORGANIZZATIVE

L'Amministrazione recependo la normativa in materia, con le note sopra richiamate, e regolamentando il lavoro agile con la Deliberazione n.540 del 3.06.2022 nell'anno 2023 ha adottato le seguenti misure:

- 1) sottoscrizione degli accordi di lavoro agile in scadenza a far data dal luglio 2023 e tempestiva comunicazione degli stessi al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- 2) Utilizzo generalizzato del sistema VPN FortiClient di accesso "virtuale" alla propria postazione informatica;
- 3) Monitoraggio dei Direttori delle Strutture Complesse del rispetto dei limiti previsti per la fruizione dello smart working da parte del personale agli stessi;
- 4) Modifica, a seguito della disciplina contrattuale dettata dall' art. 81 del CCNL Comparto Sanità, del regolamento sul telelavoro di cui alla Disposizione Commissariale n. 43 del 28/11/2002, puntualizzando le sostanziali differenze con lo smart working e definendo i punti di contatto tra i due istituti, quali ad esempio l'utilizzo delle tecnologie e della connessione internet; tale regolamentazione è allo stato in via di definizione essendo la stessa stata trasmessa con nota prot. 40575 del 19 dicembre 2023 al capo delegazione trattante ai fini della convocazione delle OO.SS. per prescritto confronto sindacale in materia;
- 5) Assicurare fino al 31 12 2023 (limite previsto dal D.L. n. 132 del 29/09/2023) il diritto dei lavoratori "fragili" di fruire della modalità agile per l'esecuzione della prestazione lavorativa anche assegnando gli stessi a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria o area di inquadramento (come definito dai rispettivi CCNL);
- 6) Aggiornamento del regolamento di cui alla con Deliberazione n. 540 del 30/06/2022 con riferimento alle prescrizioni del CCNL Comparto Sanità del 2 novembre 2022. Tale regolamentazione è stata inoltrata al Capo Delegazione Trattante con nota prot n. 40568 del 19/12/2023 per gli adempimenti conseguenziali.

Per l'anno 2024 si prevede di:

- 1) Approvare e dare esecuzione alle disposizioni del nuovo regolamento in materia di telelavoro;
- 2) Approvare e dare esecuzione al nuovo regolamento in materia di lavoro agile, allo stato trasmesso alle OO.SS. per la preventiva informativa;
- 3) Procedere da parte dei Direttore Responsabili delle Strutture Complesse e dei Capi Dipartimento ad un capillare controllo del personale in modalità agile attraverso la trasmissione di puntuali relazioni fornite dai soggetti autorizzati a fruire dello smart working;
- 4) Supportare la strategia del lavoro agile con la somministrazione di survey periodiche al fine di misurare tra l'altro il grado di soddisfazione relativo a tale modalità lavorativa.

2. PERSONALE ABILITATO AL LAVORO AGILE

Tutti i lavoratori fragili ed il personale che ne fa richiesta nel rispetto della percentuale e delle condizioni previste dal regolamento aziendale. In particolare nell'approvando regolamento è precisato che può presentare richiesta di adesione allo smart working il personale a tempo indeterminato, a tempo determinato anche in regime di part-time, del ruolo tecnico, amministrativo, professionale e sanitario, tenuto conto - soprattutto per il personale del ruolo sanitario - che in relazione alla tipologia di attività prestata, non possono comunque essere svolte in modalità agile le seguenti attività:

- a) Attività di cura e di assistenza diretta;
- b) Attività per le quali è necessario un contatto diretto con l'utenza o il pubblico;
- c) Attività per le quali è richiesta la presenza in sede in ragione delle mansioni svolte (es. magazzini, laboratori) o incarichi attribuiti (es. attività di ispezione e controllo su strutture, macchinari, attrezzature, materiali);
- d) Attività che richiedono in misura prevalente, l'utilizzo di documentazione contenete dati sensibili che, per esigenze di tutela della riservatezza delle informazioni, non è opportuno che vengano trattati al di fuori della sede di lavoro (es. cartelle cliniche);
- e) Attività per le quali si richiede un costante utilizzo della strumentazione non utilizzabile da remoto.

Inoltre il ricorso all'istituto dello smart working non è consentito ai Dirigenti con Incarico di Struttura Complessa e di Capo Dipartimento in relazione alla particolare tipologia delle funzioni ricoperte.

Tenendo conto della natura flessibile dello smart working, del principio di rotazione del personale, fermo restando il possesso dei requisiti di cui sopra, avranno priorità le richieste di adesione da parte del personale con contratto di lavoro a tempo pieno, rispetto al personale in part time.

3. Modalità di svolgimento del lavoro agile ed orario di svolgimento delle prestazioni

Per il personale autorizzato allo svolgimento della prestazione in modalità smart working si deve sempre fare riferimento ad una preventiva pianificazione ed in accordo con il proprio responsabile (onde accertarne la compatibilità con le esigenze di servizio, dinamiche organizzative di ufficio e/o con caratteristiche anche temporanee di ruolo/mansione/contratto di assunzione).

Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio l'approvazione della giornata di smart working può essere revocata da parte del Responsabile mediante comunicazione scritta (nota o mail) almeno il giorno antecedente sia al dipendente che alla UOC Gestione Risorse Umane.

La durata della prestazione lavorativa a domicilio o presso sedi diverse da quella di assegnazione tiene conto delle esigenze organizzative del servizio a cui è assegnato il dipendente (ad esempio, il contatto diretto con l'utenza).

La nuova regolamentazione in via di approvazione inoltre recepisce per il comparto le prescrizioni del CCNL Comparto Sanità del 2 novembre 2022 (artt. 76-80) in ordine all'articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile nelle seguenti fasce temporali:

a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;

b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa.

Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 comma 5 (Orario di Lavoro) a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CCNL. Il lavoratore è tenuto rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza.

Il lavoratore del Comparto in "modalità agile" può decidere di rispettare la fascia oraria utilizzata durante l'attività prestata in presenza o può organizzare la propria giornata lavorativa nell'ambito della fascia oraria 8,00/20,00.

Il lavoratore dovrà essere contattabile per comunicazioni di servizio a mezzo mail e telefono negli orari definiti nell'accordo individuale. Se il dipendente è in possesso di cellulare di servizio, le chiamate entranti dall'interno telefonico del proprio ufficio sono inoltrate sul predetto cellulare di servizio.

4.STRUMENTAZIONE TECNICA E INFRASTRUTTURA INFORMATICA IN USO

Ciascun utente ha a disposizione proprie credenziali di accesso da remoto al fine di svolgere la sua attività lavorativa ovunque sia presente una connessione dati; il tutto è possibile mediante l'ausilio di VPN, DESKTOP REMOTO, HELP DESK.

Tuttavia nella logica pura dello smart working il datore di lavoro non deve necessariamente mettere a disposizione del lavoratore le tecnologie per lavorare in mobilità, la logica è quella del Bring your own device (BYOD), ovvero la possibilità di usare i propri dispositivi personali fuori (e dentro) il posto di lavoro. Ovviamente usare i propri device per avere accesso alle informazioni relative al proprio lavoro da qualunque luogo ci si trovi, implica un'attenzione particolare ai temi della sicurezza, perché diventa fondamentale proteggere non solo l'infrastruttura aziendale, ma anche pc, smartphone e tablet dei dipendenti. Pertanto la S.C. Controllo di Gestione e Sistemi informativi ha individuato le condizionalità informatiche e tecnologiche e i requisiti necessari al fine di utilizzare il Lavoro Agile in un quadro di efficienza e qualità dei servizi superiore ai livelli standard. In particolare ha previsto che per poter prestare l'attività lavorativa in s.w. è comunque necessaria la seguente dotazione tecnologica resa disponibile dal dipendente o fornita dall'Istituto:

- Hardware:
 - Computer Desktop oppure Notebook;
 - Monitor (preferibilmente 19" o superiore);
 - Tastiera, Mouse;
 - Webcam, Cuffie, Microfono
- Software:
 - Sistema Operativo Windows 10 o superiore;
 - Suite Office 365 (Word, Excel, Teams);
 - Browser (Chrome, Firefox, Edge);

- Antivirus aggiornato (anti-malware e anti-phishing);
- Connettività:
- accesso ad Internet in banda larga.

5. FEEDBACK CONTROLLO LAVORO SVOLTO

Il monitoraggio del Dirigente che autorizza il LAG è continuo e costante e quasi tutte le Unità Operative Complesse si siano avvalse di documentazioni relazionali prodotte dagli stessi lavoratori agili riportanti le attività svolte da remoto. Anche l'approvando regolamento prevede che i Direttori/Responsabili debbano operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex post, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Livello di Attuazione di tipo Tecnico

Implementazione di una tecnologia Firewall per accessi Vpn leader del settore per aumentare affidabilità, qualità, numero di accessi contemporanei, scalabilità dell'app su più tipologie di Device (anche quelli mobili)

- Creazione di una Ridondanza per gli accessi su 2 ISP diversi e su 2 apparati FireWall diversi per rafforzare la soluzione tecnologica implementata
- Hardware
- Al momento sono stati forniti n. 33 Device agli utenti nello specifico NoteBook.
- I restanti smart worker usano dispositivi propri nel rispetto delle condizionalità tecnologiche.
- Software
- Non sono presenti al momento SW Customizzati in Istituto per gestire i processi e le attività
- Come Software generici l'Istituto ha acquisito le licenze di Office 365 che includono Microsoft Planner basato su Diagramma di Gantt per gestire le attività

Livello di attuazione di Tipo Formativo

- L' Area dei Sistemi Informativi ha fornito immediatamente supporto tecnico e di affiancamento da remoto al singolo dipendente e si riserva la possibilità di attuare un percorso formativo di tipo tecnico avanzato anche con riferimento alla sicurezza informatica;
- Sono previste, inoltre, azioni di formazione e sensibilizzazione del personale anche attraverso registrazioni prodotte con docenze interne e acquisto di "pillole formative" registrate;
- Per i dirigenti sarà avviata una formazione più specifica sul lato manageriale per una migliore definizione del ruolo dopo i vari assestamenti avuti nella presenza del lavoro agile nella P.A.

Livello di attuazione lato User

- Training on the job.

Livello di attuazione Dirigenziale

Processo in atto di cambiamento culturale con passaggio dal modello logico organizzativo ad ore a quello per attività. Con conseguente passaggio dalla logica del controllo alla logica del risultato.

PARTE 3

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

Di seguito vengono descritti in modo sintetico, per ognuno dei soggetti coinvolti, il ruolo, le strutture, i processi, gli strumenti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio del lavoro agile, così come risulta dagli atti organizzativi adottati

Data l'importanza di governo e monitoraggio del lavoro agile sono stati svolti periodicamente incontri sulla materia e agli stessi hanno partecipato i referenti dei seguenti ambiti:

- Direzione Amministrativa
- Direzione Scientifica
- Ufficio Gestione Risorse Umane
- Ufficio Controllo di Gestione
- Ufficio Sistemi Informativi
- Ufficio Formazione
- Ufficio Prevenzione e Protezione

Anche il CUG e l'OIV sono stati coinvolti per quanto di competenza ed in data 16 gennaio 2024 hanno espresso parere favorevole.

Di seguito sono riportate le osservazioni del CUG

“Il Comitato Unico di Garanzia ha ricevuto in data 10/01/2024 il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale ed ha indetto una riunione in videoconferenza per il 16 gennaio 2024. I componenti del CUG, dopo attenta analisi del POLA e le osservazioni dei presenti, nonché delle comunicazioni pervenute via e-mail, ha espresso all'unanimità parere favorevole”.

Di seguito sono riportate le osservazioni dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV)

“L'OIV, in continuità con quanto già rilevato per il 2023, prende atto favorevolmente della formulazione del POLA 2024, che tiene conto in modo esaustivo anche delle indicazioni già espresse dalle strutture di riferimento ed in particolare dalla STP”.

PARTE 4

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Di seguito si riportano alcuni indicatori scelti per misurare la salute organizzativa, la salute professionale, la salute economico-finanziaria e la salute digitale.

L'amministrazione deve consolidare la fase di sviluppo avanzato (anno di riferimento 2023) e deve monitorare tutte le dimensioni evidenziate dagli indicatori di seguito riportati all'interno delle tabelle.

DIMENSIONI	OBIETTIVI		INDICATORI/DATI	2023	2024	2025	
	SALUTE ORGANIZZATIVA						
CONDIZIONI ABILITANTI LAVORO	Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	1	Presenza di un Gruppo di Progetto per il Lavoro Agile	X	X	X	
		2	Presenza di un Coordinamento organizzativo del lavoro agile	X	X	X	
		3	Presenza di un sistema di monitoraggio del numero di lavoratori e delle relative giornate effettuate in SW	X	X	X	
		4	Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	X	X	X	
		5	Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti/processi (Software Microsoft)	70%	100%	100%	
		SALUTE PROFESSIONALE					
	Verifica dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	6	-% dirigenti/personale autorizzato al LA che partecipa a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile	QUASI TUTTI I FRUITORI DELLO SMART HANNO AVUTO UNA FORMAZIONE DI	100%	100%	
		7	-% dirigenti/lincarichi di funzione che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale	La maggior parte dei dipendenti lavora per obiettivi concordati con il Dirigente	100%	100%	
		8	-% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	La maggior parte dei dipendenti lavora per obiettivi concordati con il Dirigente	100%	100%	
		9	-% lavoratori agili che partecipano a corsi di formazione sulle competenze	QUASI TUTTI I FRUITORI DELLO	100%	100%	
		SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA					
			10	€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	€ 40263,59 + IVA	IN BASE AL FABBISOGNO HARDWARE	IN BASE AL FABBISOGNO HARDWARE
			11	€ Investimenti in digitalizzazione di	€ 15.847 + IVA ANNUO		
		SALUTE DIGITALE					
	Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo degli strumenti informativi e dei servizi	12	N. PC per lavoro agile	33 + 1 DISPOSITIVO DI SICUREZZA			
13		% lavoratori agili dotati di dispositivi	0.26				
14		Sistema VPN	100%	100%	100%		
Garantire l'espletamento del lavoro agile tramite l'utilizzo		15	Intranet	100%	100%		



	degli strumenti informativi aziendali	16	Sistemi di Condivisione dati	Tutti i sistemi possono essere condivisi se autorizzati dal dirigente		
		17	% Applicativi consultabili in lavoro agile	100%	100%	100%
		18	% Banche dati consultabili in lavoro agile	100%	100%	100%
		19	% Firma digitale tra i lavoratori agili	ALLO STATO DIRIGENTI E INCARICHI DI FUNZIONE		
DIMENSIONI	OBIETTIVI		INDICATORI/DATI	2023		2024
	INDICATORI QUANTITATIVI					
	Misurare il livello di utilizzo del lavoro agile	20	% lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali	0,8%		
		21	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	0,2%		
	INDICATORI QUALITATIVI					
	Misurare il livello di soddisfazione del lavoro agile	22	-% dirigenti soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori	DATO NON ACORA ACQUISITO A SEGUITO DI QUESTIONARIO IN CORSO DI SOMMINISTRAZIONE		
	23	-% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	DATO NON ACORA ACQUISITO A SEGUITO DI QUESTIONARIO IN CORSO DI SOMMINISTRAZIONE			X
NOTE						

DIMENSIONI	OBIETTIVI		INDICATORI/DATI	2023	2024	2025	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	ECONOMICITÀ						
	Misurare i costi	24	€ Costo per utenze elettricità	Nessun costo perchè a carico dell' user	X		X
		25	€ Costo per utenze telefonia	Nessun costo perchè a carico dell' user	X		X
		26	€ Costo per materiali cancelleria	Nessun costo perchè a carico dell' user	X		X
		27	€ Costo per buoni pasto	Nessuno perchè non è prevista l'assegnazione	X		X
	EFFICIENZA						
	Verificare la produttività	28	Diminuzione delle assenze	10%		10%	
		29	Aumento produttività: numero attività lavorate in modalità agile	10%		10%	
	EFFICACIA						
		30	% di attività svolte in modalità di lavoro agile che rispettano gli standard	100%		100%	100%

SEZ.3.3 Piano triennale dei Fabbisogni di Personale- Proposta all'esame della GRC

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale rappresenta lo strumento di definizione delle esigenze quantitativo-qualitative di personale. Esso si inserisce a valle dell'attività di programmazione nell'ottica di coniugare l'ottimale utilizzo delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi da rendere ai cittadini assicurando il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Le determinazioni relative all'avvio di procedure di reclutamento sono adottate da ciascuna amministrazione sulla base della programmazione triennale del fabbisogno del personale, ovvero l'avvio di procedure concorsuali e delle relative assunzioni è concesso se il Piano triennale del fabbisogno, che riporta la consistenza dell'organico e la pianificazione del fabbisogno su scala triennale - con aggiornamento annuale-, viene presentato dalle Pubbliche Amministrazioni (sulla base delle modalità pre-definite dalla Regione).

Ebbene l'Istituto, in esecuzione della DGRC nr. 190/2023, ha elaborato il PTFP il cui schema riepilogativo è in attesa di concludere la necessaria interlocuzione con la Direzione Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania.

Di seguito lo schema riepilogativo oggetto di interlocuzione regionale.

IRCCS PASCALE	PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO	STANDARD AZIENDA	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024
Ruolo sanitario	762	1.223	461
Dirigenti medici	254	400	146
Dirigenti sanitari	35	57	22
Personale del comparto area sanitaria	473	766	293
<i>di cui personale infermieristico</i>	330	583	253
Ruolo Tecnico	74	264	190
Dirigenti	2	13	11
Personale del comparto area tecnica	72	252	180
<i>di cui OSS</i>	50	180	130
<i>di cui assistenti sociali</i>			-
Ruolo professionale	10	7	3
Dirigenti	10	7	3
Personale del comparto area professionale		-	-
Ruolo amministrativo	95	155	60
Dirigenti	15	23	8
Personale del comparto area amministrativa	80	132	52
Totale	941	1650	709

3.4 Formazione del personale nell'ambito del PNRR- Obiettivi di formazione-

La valorizzazione del capitale umano delle pubbliche amministrazioni è centrale nella strategia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Più nello specifico, il PNRR mira alla costruzione di una nuova pubblica amministrazione fondata "sull'ingresso di nuove generazioni di lavoratrici e lavoratori" e sulla valorizzazione delle persone nel lavoro, anche attraverso percorsi di crescita e aggiornamento professionale (re-skilling) con un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua, strumentale a centrare le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale".

La valorizzazione, quindi, del capitale umano passa attraverso il riconoscimento della centralità della leva della formazione, che deve avere valore per le persone e per l'amministrazione:

a) per i dipendenti, la formazione e la riqualificazione costituiscono un "diritto soggettivo" e, al tempo stesso, un dovere. Le attività di apprendimento e formazione, in particolare, devono essere considerate ad ogni effetto come attività lavorative;

b) per le amministrazioni, la formazione e la riqualificazione del proprio personale devono costituire un investimento organizzativo necessario e una variabile strategica non assimilabile a mera voce di costo nell'ambito delle politiche relative al lavoro pubblico. Ebbene, l'Istituto si è accreditato sul portale Syllabus, catalogo formativo che in modalità e-learning.

Infatti, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il Ministero per la Pubblica Amministrazione ha avviato il Piano Strategico "Ri-formare la PA". L'obiettivo specifico è introdurre innovazioni negli enti attraverso investimenti nelle capacità e competenze dei dipendenti pubblici, garantendo una formazione continua per la pubblica amministrazione.

Il Dipartimento della funzione pubblica, al fine di individuare il livello di padronanza dei dipendenti pubblici in determinate competenze, ha messo a disposizione una piattaforma denominata **Syllabus** che rappresenta uno degli ambiti più importanti del piano strategico sopra citato.

Investire quindi nelle competenze con corsi di formazione specifici per la pubblica amministrazione è di fatto essenziale per rendere possibile la Transizione Digitale e potersi adeguare agli standard europei ed internazionali.

In data 27/11/2023 l'Istituto è stato registrato, per il tramite dell'Ufficio Formazione, sul portale Syllabus del Dipartimento della Funzione Pubblica mentre, con e-mail del 13 dicembre u.s. ,il Responsabile per la Transizione Digitale- Ing. Rocco Saviano- ha comunicato a tutti i dipendenti che l'Istituto intende promuovere un percorso formativo finalizzato all'acquisizione di competenze digitali, così come previsto Piano Strategico "Ri-formare la PA" dedicato al miglioramento delle competenze funzionali dei dipendenti della Pubblica Amministrazione creando, per gli stessi, un profilo di discente sulla predetta piattaforma.

Syllabus offre un catalogo formativo in modalità e-learning nell'ambito di tematiche inerenti la transizione digitale, la transizione ecologica., quella amministrativa e per lo sviluppo del soft skills.

L'Ufficio Formazione, inoltre, nella gestione del Provider (id 645) dell'Ente, accreditato a livello nazionale, pianifica e realizza processi formativi tesi al miglioramento delle competenze degli operatori sanitari e non, allo scopo di soddisfare gli obiettivi di salute dei cittadini. Vengono pertanto individuate attività formative coerenti sia con la Mission Istituzionale che con gli obiettivi formativi nazionali, identificati nei Piani Sanitari Nazionali e Regionali.

Più in generale, l'Ufficio Formazione si farà carico di provvedere alla rilevazione, elaborazione e produzione PFA 2024 organizzato in ambito dipartimentale e a livello multidisciplinare per il tramite di risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili:

1. risorse organiche interne: Direzione Scientifica, Ufficio Formazione, Referenti Aziendali Formazione (RAF), Comitato Scientifico; Relatori, Docenti;
2. risorse organiche esterne: relatori, specialisti;

3. risorse strutturali: aule didattiche, aula magna, piattaforma e learning;
4. risorse attivabili: FAD;
5. incentivazione e promulgazione diritto allo studio come da norma contrattuale;

Relativamente alla pianificazione di tematiche circa la prevenzione della Corruzione e della trasparenza, si predisporranno per il tramite della UOC Affari Generali, specifici eventi su:

1. codice di comportamento alla luce delle linee guida di cui alla Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020.
2. pantouflage: caratteristiche e misure organizzative per il rispetto del divieto;
3. la giornata della trasparenza.

L'Istituto propone di conseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere e mantenere le competenze e le capacità scientifiche e tecniche degli operatori;
- rilevare i bisogni formativi in relazione all'acquisizione delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali;
- rafforzare le procedure connesse alla ricerca attraverso workshop multidisciplinari e seminari sulla ricerca traslazione e clinica dell'Istituto;
- implementare procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;
- potenziare la gestione del rischio clinico;
- migliorare le competenze di processo relazionali/comunicative relative ai rapporti con i pazienti;
- gestire gli eventi di violenza;
- promuovere le misure e strategie per assicurare l'efficientamento energetico
- assicurare la gestione delle emergenze- D.Lgs 81/2008 r DM 10/03/1998- corso di aggiornamento anticendio per attività ad alto rischio;
- tutelare della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro -corso di aggiornamento per i preposti e per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RSL)
- implementare Sanità digitale e informatica di livello avanzato;
- incrementare la conoscenza di taluni istituti contrattuali.

Inoltre, si prevedono attività seminariali sulle tematiche inerenti alle pari opportunità e parità di genere che saranno definite sulla base del PAP e del Bilancio di Genere: tali attività saranno realizzate con il supporto e la collaborazione degli uffici e delle UU.OO. coinvolte nei processi gestionali.

II PIANO FORMAZIONE AZIENDALE

la Direzione Scientifica-Ufficio formazione costituito con determina del D.G. nr. 89 del 23/11/2022, a seguito di analisi e valutazione delle proposte progettuali da parte del Comitato scientifico per la Formazione delle proposte progettuali pervenute dai Dipartimenti, ha trasmesso lo schema validato con nr. 36 eventi ECM e nr. 3 eventi non EC per la relativa informativa sindacale. Ultime le predette procedure (introdotte con note nrr. 2966 e 2988 del 19/01/2024 del Capo delegazione Trattante di parte Pubblica inoltrate, rispettivamente, alle OO.SS. Territoriali ed Aziendali dell'Area Dirigenza Sanità e ATP nonché nota prot. nr 2735 del 18/01/2024 ai componenti della RSU e alle OO.SS. territoriali del Comparto) ha definito il Piano di Formazione Aziendale.



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2024
EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTEC	PROFESSIONI	N° CREDITI
1	CORP-S Assistenziale e di ricerca dei percorsi oncologici del Distretto Addominale	“Ereditarietà e Familiarità per il cancro del colon-retto: la gestione attraverso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.”	4	D'Angelo Valentina Cardone Claudia	3	50	Medici biologi CPSI TSRM TSLB	3
2	CORP-S Assistenziale e di ricerca dei percorsi oncologici del Distretto Addominale	Stoma-care e Woudcare: ruolo infermiere nell'assistenza diretta	3	Santucci Paolo	15	60	CPSI OSS	13
3	CORP-S dei Servizi Clinico diagnostici di Supporto ai Percorsi Oncologici	Simulazione/esercitazione su eventi emergenziali intraospedalieri	3	Cuomo Arturo	8	10	tutte le professioni sanitarie	7
4	CORP-S dei Servizi Clinico diagnostici di Supporto ai Percorsi Oncologici	Esami clinici e strumentali prima, durante e dopo chemioterapia, terapie biologiche, immunoterapia e radioterapia	4	Maurea Nicola	8	50	Medici biologi farmacisti CPSI TSRM TSLB	7
5	CORP-S dei Servizi Clinico diagnostici di Supporto ai Percorsi Oncologici	Sicurezza fisica e medica in Risonanza Magnetica	4	Petrillo Antonella	8	25	Medici Chirurghi Radiologi Radioterapisti Fisici TSRM CPSI	7
6	CORP-S dei Servizi Clinico diagnostici di Supporto ai Percorsi Oncologici	Comunicazione multidisciplinare e accoglienza del Paziente oncologico	4	Maio Francesca Tarotto Luca	8	30	Medici Chirurghi CPSI TSRM OSS Psicologi	7
7	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La violenza sugli operatori sanitari	2	Barberio Daniela	8	30	tutte le professioni sanitarie	6
8	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La radioprotezione nelle attività lavorative dell'area radiologica e nelle procedure interventistiche ed operatorie con utilizzo di	2	Pecori Biagio	8	80	tutte le professioni sanitarie (Utilizzo strumentazione)	7



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2024
EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTEC	PROFESSIONI	N° CREDITI
		sorgenti di radiazioni ionizzanti. Corso ai sensi degli artt. 110, 111, 124 comma 1 e 162 comma 2 del D.Lgs. 101/2020					radiazioni ionizzanti)	
9	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La radioprotezione nelle attività lavorative dell'area radiologica e nelle procedure interventistiche ed operatorie con utilizzo di sorgenti di radiazioni ionizzanti. Corso ai sensi degli artt. 110, 111, 124 comma 1 e 162 comma 2 del D.Lgs. 101/2020	4	Pecori Biagio	8	80	tutte le professioni sanitarie (Utilizzo strumentazione radiazioni ionizzanti)	7
10	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	Corso di formazione: Gestione degli eventi avversi da medicinali: la farmacovigilanza dalla norma alla pratica	4	D'Aniello Roberta	5	30	Medici Farmacisti CPSI	5
11	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La manipolazione in sicurezza dei farmaci antiblastici: sicurezza per gli operatori e per i pazienti	1	Maiolino Piera	8	25	tutte le professioni sanitarie	8
12	CORP-S Assistenziale e Di Ricerca dei Percorsi Oncologici del Distretto Toracico	Il drenaggio toracico: indicazioni e gestione	4	De Luca Giuseppe	6	30	Medici CPSI	5
13	CORP-S Assistenziale e Di Ricerca dei Percorsi Oncologici del Distretto Toracico	La Broncoscopia per Anestesisti – Rianimatori. Corso Teorico - Pratico	2	Martucci Nicola Accardo Rosanna	6	12	Anestesisti Rianimatori CPSI	6
14	CORP-S Assistenziale e Di Ricerca dei Percorsi Oncologici del Distretto Toracico	Tumori ereditari della mammella: dall'identificazione alla gestione personalizzata del rischio	2	Pensabene Matilde	10	100	Medici biologi farmacisti psicologi CPSI TSRM TSLB	9



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2024
EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTEC	PROFESSIONI	N° CREDITI
15	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La gestione del rischio clinico: un approccio proattivo e sistematico secondo modelli internazionali di valutazione del rischio (JCI)	1	D'Auria Stefania	8	25	tutte le professioni sanitarie	7
16	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La gestione del rischio clinico: un approccio proattivo e sistematico secondo modelli internazionali di valutazione del rischio (JCI)	2	D'Auria Stefania	8	25	tutte le professioni sanitarie	7
17	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Workshop multidisciplinari e seminari sulla ricerca traslazionale e clinica dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale - 2024	1	Budillon Alfredo Tornesello Maria Lina Buonaguro Franco Maria	36	100	tutte le professioni sanitarie	30
18	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Workshop multidisciplinari e seminari sulla ricerca traslazionale e clinica dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale - 2024	2	Budillon Alfredo Tornesello Maria Lina Buonaguro Franco Maria	36	100	tutte le professioni sanitarie	30
19	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Workshop multidisciplinari e seminari sulla ricerca traslazionale e clinica dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale - 2024	4	Budillon Alfredo Tornesello Maria Lina Buonaguro Franco Maria	36	100	tutte le professioni sanitarie	30
20	Direzione Scientifica	Formare ed educare in oncologia: figure e ruoli della Tutorship per le Lauree delle professioni sanitarie	4	Gallucci Francesca	8	30	CPSI TSRM TSLB	7
21	Direzione Scientifica	Gestione eventi formativi: dalla proposta alla realizzazione.	1	Voltura Costantino Budillon	6	50	tutte le professioni	5
22	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Potenzialità d'uso della cartella clinica elettronica per la ricerca real-word e la sperimentazione clinica	4	Piccirillo Maria Carmela	7	100	tutte le professioni	6



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2024
EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTEC	PROFESSIONI	N° CREDITI
23	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale di oncematologia, neoplasie mesenchimali e muscolo scheletriche dell'adulto e diagnostica innovativa	I PDTA nell'ambito dei tumori rari: Sarcomi e Neoplasie Neuroendocrine	4	Tafuto Salvatore De Chiara Annarosaria Delrio Paolo Fazioli Flavio Muto Paolo	8	70	tutte le professioni sanitarie	7
24	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori dei settori della classe ad Alto Rischio - Ex. Artt. 36 e 37 D.Lgs. 81/08 corso di aggiornamento	3	Florio Francesco	8	30	tutte le professioni	7
25	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	La gestione delle emergenze - D.Lgs. 81/08 e D.M. 10/03/98 - presentazione del piano di emergenza ed evacuazione dell' Istituto - corso di aggiornamento antincendio per attività a rischio alto	2	Florio Francesco	8	30	tutte le professioni	7
26	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	La gestione delle emergenze - D.Lgs. 81/08 e D.M. 10/03/98 - presentazione del piano di emergenza ed evacuazione dell' Istituto - corso di aggiornamento antincendio per attività a rischio alto	4	Florio Francesco	8	30	tutte le professioni	7
27	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori dei settori della classe ad Alto Rischio - Ex. Art. 37 D.Lgs. 81/08 corso di aggiornamento per preposti	2	Florio Francesco	8	30	preposti di tutte le professioni	7
28	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	Corso di aggiornamento per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RSL) - ex. Art. 37 commi 10 e 11 del D.Lgs. 81/08	4	Florio Francesco	8	30	Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza tutte le professioni	7
29	Dipartimento dei Servizi Tecnico-Professionali	Misure e strategie per efficientamento energetico	1	Frattolillo Florio Francesco	6	30	tutte le professioni	5
30	Dipartimento Cute e Melanoma	La Valutazione e Gestione Infermieristica del Paziente con Tossicità Immuno correlata. La Gestione Chirurgica degli Eventi Avversi Indotti da Immune Checkpoint	2	Capasso Mariagrazia	6	30	Oncologi Dermatologi chirurghi infermieri	5



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2024
EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTEC	PROFESSIONI	N° CREDITI
		Inhibitors e da Target Therapy nel Melanoma e nei Tumori Cutanei non Melanoma						
31	Dipartimento Cute e Melanoma	Riconoscimento precoce e gestione degli effetti collaterali correlati alle terapie	4	Scarpato	6	30	Oncologi Dermatologi Oculisti chirurghi infermieri	5
32	Direzione Scientifica	Metodi statistici per la combinabilità degli studi in metanalisi	1	Crispo	11	50	Medici Biologi Infermieri Farmacisti Psicologi	10
33	Dipartimento Testa-Collo	Neuromonitoraggio intraoperatorio in chirurgia tiroidea e paratiroidea: la tecnologia al servizio della clinica	4	Chiofalo	9	40	Specialisti in Chirurgia Generale Chirurgia Maxillo-facciale Anestesia e Rianimazione Medicina di Base Infermieri logopedisti	8
34	Dipartimento Testa-Collo	Gestione del tracheostoma e di eventuali complicanze nel paziente oncologico testa-collo	2	Giovanni Capasso	20	30	Tutte le professioni	18
35	Dipartimento Uro-Ginecologico	IMPATTO DELLA TECNOLOGIA DELLA REALTA' AUMENTATA NELLA CHIRURGIA ROBOTICA IN UROLOGIA ONCOLOGICA	4	Perdonà Sisto Grimaldi Giovanni Quarto Giuseppe	6	30	Specialisti in chirurgia specialisti in oncologia infermieri personale di supporto	6
36	Dipartimento Uro-Ginecologico	TOPIC UROLOGIA: NURSING-EBN E STRATEGIE PROCEDURALI NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE CISTECTOMIZZATO	2	Perdonà Dell'Aquila Muscariello	6	60	Specialisti in chirurgia specialisti in oncologia infermieri personale di supporto	6

EVENTI NON ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIPANTI	PROFESSIONI
1	Dipartimento dei Servizi Amministrativi	Il trattamento economico, contributivo e fiscale del comparto e della Dirigenza - Trattamento fondamentale e ed accessorio e particolari aspetti contributivi e fiscali	TBD	Florenzano Oreste	TBD	TBD	tutte le professioni
2	Dipartimento dei Servizi Amministrativi	Il codice di comportamento alla luce delle linee guida di cui alla Delibera A.N.A.C. n. 177 del 19/02/2020. Il Pantouflage: caratteristiche e misure organizzative per il rispetto del divieto	4	Regina Elisa	6	150	tutte le professioni
3	Dipartimento dei Servizi Amministrativi	Giornata della trasparenza	4	Regina Elisa	6	150	tutte le professioni e stakeholders

Sezione 4 MONITORAGGIO

L'Istituto affida ai componenti del gruppo di lavoro, per quanto di competenza, le attività di monitoraggio del PIAO al fine di:

- a) fornire alla Direzione Strategica dati e analisi a supporto delle decisioni nelle varie fasi del ciclo di vita del piano;
- b) fornire alle strutture di riferimento (Direttori di Dipartimento, Direttori di SC e Responsabili SSD) strumenti per la definizione e il monitoraggio in itinere delle attività e dei risultati previsti dal PIAO, anche attraverso la creazione di focus tematici di analisi;
- c) gestire e regolamentare le richieste di analisi e di dati relativi ai diversi ambiti di attività previsti dal PIAO.

Le analisi degli indicatori di ciascuna area di attività, effettuati nel corso di due momenti di monitoraggio infra-annuale (primo semestre e annuale), sono valutate e discusse dal gruppo di lavoro in seduta congiunta al fine di consentire a ciascun componente la conoscenza dei risultati ottenuti, l'analisi di eventuali scostamenti e le proposte delle relative azioni correttive.

4.1 Monitoraggio del ciclo della Performance

Il monitoraggio del ciclo della performance ed in particolare degli obiettivi assegnati ai vari livelli dell'organizzazione viene effettuato, ai sensi dell'art. 6 e 10, comma 1 – lettera b) del Dlgs 150/2009 e s.m.i. Sono previsti e attuati diversi livelli di monitoraggio:

- monitoraggio dei risultati ottenuti su ciascun obiettivo, valutazione in itinere e finale attraverso la redazione di una relazione;
- monitoraggio delle variazioni e delle eventuali rimodulazioni degli obiettivi in corso d'anno;
- monitoraggio del rispetto dei tempi di assegnazione e valutazione degli obiettivi.

A partire dalla fase di assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio procede senza soluzione di continuità, da parte degli uffici centrali (Programmazione sanitaria, Direzione Scientifica, Direzione Amministrativa, Controllo di Gestione), e a regime si baserà su dati e informazioni presenti nel Cruscotto Direzionale, che consentiranno il monitoraggio continuo e la valutazione degli obiettivi organizzativi assegnati.

4.2 Monitoraggio delle azioni di prevenzione della corruzione

Il monitoraggio dell'idoneità e dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono dettagliate nello specifico par. 2.3.2 – "Monitoraggio" - e sono effettuate dal RPCT di concerto con le strutture interessate.

4.3 Monitoraggio del piano dei fabbisogni di personale

Il monitoraggio è effettuato con cadenza semestrale a cura della S.C. Gestione Risorse Umane. In generale, secondo le indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, per quanto riguarda l'organizzazione e il capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall' Organismo Indipendente di Valutazione.

Per quanto concerne invece il dettaglio del monitoraggio relativo ai singoli atti programmatori concernenti le risorse umane, il panorama è il seguente:

- a. relativamente al POLA, tutte le singole posizioni di lavoro agile sono verificate dai rispettivi Responsabili in riferimento agli specifici obiettivi che caratterizzano i singoli Progetti individuali; maggiore rilevanza in termini di impatto rispetto al concetto di Valore Pubblico, sarà peraltro assunta dalle Relazioni che gli stessi Responsabili formuleranno in merito ai complessivi risultati di carattere organizzativo derivanti dall'esperienza a regime del lavoro agile: la Direzione aziendale sarà quindi in

grado di formulare un giudizio complessivo su questo tema a livello dell'intera Azienda, giudizio raffrontabile nel tempo con lo sviluppo della programmazione triennale;

b. relativamente al fabbisogno di personale, il monitoraggio annualmente garantito è quello riferito, non solo, al rispetto al vincolo di spesa stabilito dalla Regione, ma anche in relazione alle mutate esigenze organizzative che si rivelano nel tempo e che determinano una necessaria redistribuzione delle risorse in dotazione all'Istituto.

4.4 Monitoraggio della soddisfazione utenti

Il monitoraggio della customer satisfaction è effettuato mediante l'analisi dei questionari somministrati agli utenti al fine di rilevare la soddisfazione sulla qualità del servizio offerto a coloro che accedono agli ambulatori ovvero si sottopongono ad un ricovero ordinario.

L'ascolto degli utenti e la rilevazione della loro soddisfazione sono diventate attività permanenti e costanti e rappresentano lo strumento mediante il quale poter avere una ricaduta concreta sui servizi offerti in un'ottica di miglioramento della qualità, all'interno di processi volti alla rimodulazione dei servizi sulla base del feedback raccolto.