



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE (PIAO) – ANNO 2025-2027
AGGIORNAMENTO 2025

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

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

Premessa	pag. 4
I SEZIONE SCHEDA ANAGRAFICA DELL' ISTITUTO	pag. 6
1.1_Costituzione, denominazione e sede legale dell'Istituto Pascale-	pag. 7
1.2 L'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale: missione, valori e obiettivi	pag. 8
1.3. La nuova organizzazione dell'Istituto	pag. 9
1.4 Gestione Commissariale. Il rinnovamento degli incarichi di direzione delle strutture dipartimentali	pag. 9
1.5. L'articolazione territoriale dell'Istituto Fondazione G. Pascale	pag. 10
1.6 L'attività assistenziale dell'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale	pag. 12
1.6.1 L'IRCCS Fondazione G. Pascale e la ROC	pag. 13
1.6.2 Gli aggiornamenti della ROC derivanti dai provvedimenti regionali	pag. 14
1.7. L'IRCCS Fondazione G. Pascale e la ricerca scientifica	pag. 15
II SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	pag. 28
2. Premessa	pag. 28
2.1 Valore pubblico. Strumenti operativi	pag. 29
2.2 Semplificazione e Digitalizzazione	pag. 32
2.2.1 Transizione digitale-Accessibilità digitale	pag. 32
2.2.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Budget di Previsione	pag. 35
2.3 Il Ciclo di Gestione della Performance	pag. 45
2.3.1. Piano della Performance	pag. 48
2.4. Pari opportunità ed equilibrio di genere	pag. 49
2.5 Rischi corruttivi e trasparenza- PTPCT 2025-2027	pag. 53
III SEZIONE ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO	
3.1 Struttura organizzativa	pag. 111

3.1.1- Costi delle unità organizzative	pag. 111
3.2 Piano Operativo Lavoro Agile	pag. 113
3.3 Piano triennale dei Fabbisogni di Personale-	pag. 134
3.4 Piano Formativo Aziendale	pag. 135
IV Sezione	
MONITORAGGIO	pag. 146

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 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 sovrapposti e non coordinati tra loro.

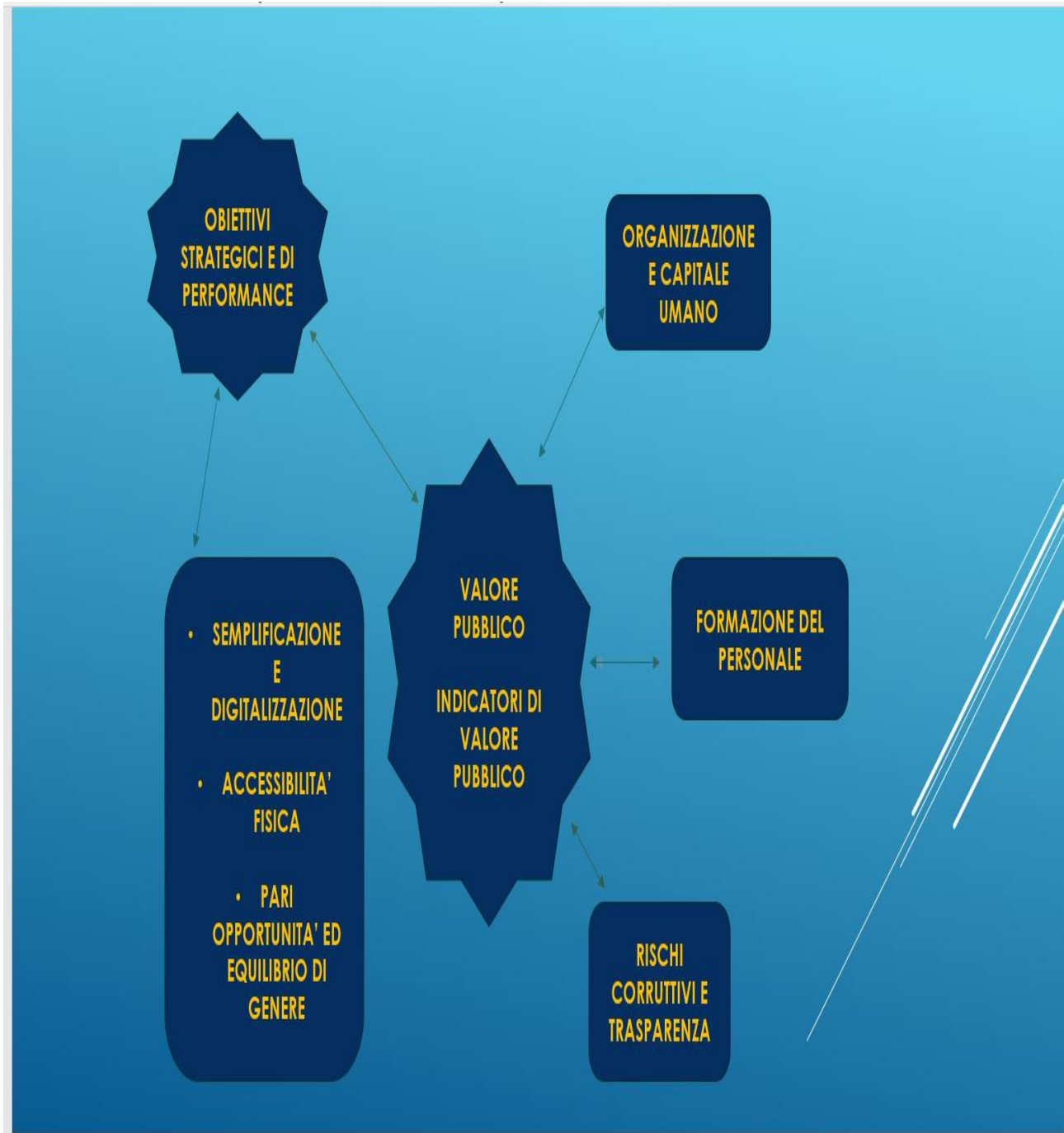
Il legislatore, al fine di razionalizzare e semplificare le attività di programmazione cui sono tenute le PP.AA., con il D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, ha introdotto un nuovo strumento di organizzazione e di programmazione triennale, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) che sostituisce i singoli atti, assicurando una visione integrata e complessiva con un unico documento di governance.

Le Pubbliche Amministrazioni con più di 50 dipendenti, attraverso il citato atto di programmazione aziendale (PIAO) di durata triennale, con aggiornamento annuale, determinano:

- gli obiettivi strategici della performance organizzativa (*Piano della Performance*) ai sensi di quanto previsto dal D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii, con individuazione di quelli finalizzati a migliorare l'accessibilità digitale ai servizi istituzionali;
- 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.: pianificazione che individua le attività a maggior rischio corruttivo nonché gli interventi di formazione e controllo utili a prevenire tale fenomeno;
- gli obiettivi formativi previsti per migliorare le skill del personale (PFT) e le strategie di gestione del capitale umano nonché di sviluppo organizzativo -*Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)*;
- gli strumenti e le misure specifiche per eliminare gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità nell'accesso agli impieghi pubblici: *Piano delle azioni positive (PAP)*, di durata triennale- con aggiornamento annuale- ai sensi dell'art. 48 D.lgs. 198/2006 (Codice delle pari opportunità);
- gli obiettivi di reclutamento del personale definiti attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale in coerenza con il tetto di spesa per il personale stabilito dalla Regione.

Il PIAO dell'Istituto è realizzato dalle diverse strutture impegnate nella redazione dei documenti di programmazione e, a tal fine, l'Istituto ha costituito un gruppo di lavoro con provvedimento del D.G. 1004 del 25/09/2023, aggiornato con atti D.G. nr. 1194 del 08/11/2023 e nr. 1369 del 19/12/2023

Di fatto il PIAO può essere sinteticamente così raffigurato:



I SEZIONE

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO

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 Commissario Straordinario Direttore Scientifico Sub- commissario con funzioni sanitarie Sub- Commissario con funzioni amministrative	Dott. Maurizio di Mauro Dott. Alfredo Budillon Dott. Angelo D'Argenzio Avv.to Maria Maiorano
Dipartimenti	11 Dipartimenti
Sito web	newportal.istitutotumori.na.it
PEC	protocollogenerale@pec.istitutotumori.na.it
URP	urp@istitutotumori.na.it

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.

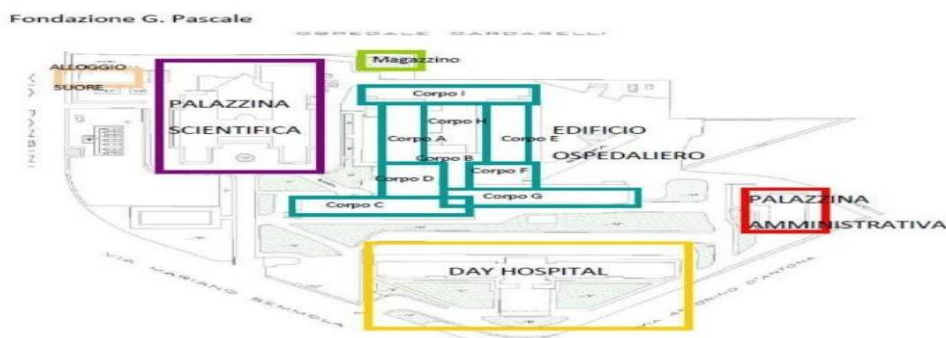
Con Decreto del Ministero degli Interni in data 11.04.1940, l'Istituto ottenne il riconoscimento di "Istituzione a carattere scientifico" ai sensi e per gli effetti del D.R. 30.09.1938 n. 1631 e, in data 05.05.1963, con Decreto del Medico Provinciale di Napoli, la classificazione quale Ospedale Specializzato 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 hanno consentito 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- 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 ss.mm.ii, è 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. Esso è impegnato nella 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 sotteso alle scelte dell'Istituto, che punta su una politica di ascolto dei bisogni di salute espressi dalla comunità di riferimento. La ricerca scientifica, inoltre, 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
- EGUALIANZA 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 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 di:

- 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 agli 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 ew ss.mm.ii., 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

Il riordino degli IRCCS, oggetto del 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 ...", è stato finalizzato all'incremento della qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale e 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 con DCA n. 103 del 28.12.2018 e s.m.i. e successiva DGRC n. 378/2020.

Pertanto l'Istituto è stato impegnato nella rimodulazione dell'organizzazione aziendale che ha tenuto conto di alcuni fondamentali principi direttamente collegati alla sua mission e ha predisposto una proposta di nuovo atto aziendale (delibera del D.G. nr. 641 del 31/05/2023) al fine di potenziare il nuovo orientamento diretto ad una più stretta integrazione della ricerca nei percorsi diagnostico-terapeutici.

1.4 Gestione Commissariale. Il rinnovamento degli incarichi di direzione delle strutture dipartimentali-

In data 11 ottobre 2024 è venuto a scadere l'incarico di Direttore Generale dell'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale di Napoli conferito, al dr. Attilio A.M. Bianchi, con delibere di Giunta Regionale della Campania n. 377 del 6 agosto 2019 e n. 36 del 2 febbraio 2021 e, contestualmente, con successivo atto (Delibera n. 521 del 11.10.2024), la GRC ha disposto la gestione commissariale dell'IRCCS G. Pascale individuando il Dott. Maurizio di Mauro, quale Commissario Straordinario dell'IRCCS Pascale per 120 giorni dalla data di notifica del provvedimento in argomento, salvo cessazione anticipata all'atto della nomina del Direttore Generale. L'Istituto ha acquisito le disposizioni regionali con provvedimento del Commissario Straordinario n. 1 del 14.10.2024.

In considerazione della particolare natura e complessità gestionale richiesta dall'Istituto di Cura a Carattere Scientifico Fondazione Pascale di Napoli, la Giunta Regionale della Campania, con Delibera n. 625 del 14.11.2024 ad oggetto: "IRCCS Fondazione Giovanni Pascale. Determinazioni" ha nominato l'avv.to Maria Maiorano e il dott. Angelo D'Argenzio, rispettivamente quale Sub Commissario con funzioni amministrative e quale Sub Commissario con funzioni sanitarie dell'Istituto di Cura a Carattere Scientifico Fondazione Pascale di Napoli.

Tale provvedimento è stato acquisito, con determina del Commissario Straordinario nr. 5 del 18/11/2024.

La predetta gestionale commissariale ha rinnovato, poi, gli incarichi di direttore dei dipartimenti di cui alla delibera del D.G. nr. 1 del 3 gennaio 2020, all'esito di procedure comparative, come di seguito riportati:

- Deliberazione n. 282 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992 "Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale Cute, Melanoma Immunologia Oncologica Sperimentale e Terapie Innovative" – Dott. Paolo Antonio Ascierio.
- Deliberazione n. 283 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S Assistenziale e di Ricerca dei Percorsi Oncologici del Distretto Addominale". – Dott. Antonio Avallone
- Deliberazione n. 284 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale dei percorsi oncologici del Distretto Toracico". – Dott. Michelino De Laurentis.
- Deliberazione n. 287 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento dei Servizi Strategici Amministrativi". – Avv.to Oreste Florenzano
- Deliberazione n. 288 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale dei percorsi oncologici del Distretto Testa Collo". – Dott. Franco Ionna.
- Deliberazione n. 289 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari". – Dott.ssa Piera Maiolino.
- Deliberazione n. 290 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S dei Servizi Clinico-Diagnostici di supporto ai percorsi oncologici". – Dott. Paolo Muto.
- Deliberazione n. 291 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S Assistenziale e Ricerca Percorsi Oncologici Uro-Genitali". – Dott. Sisto Perdonà.
- Deliberazione n. 292 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici". – Dott. Francesco Perrone.
- Deliberazione n. 293 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento CORP-S di Ricerca e Assistenziale di OncoEmatologia Neoplasie Mesenchimali e Muscolo Scheletriche dell'Adulto e Diagnostica Innovativa". – Dott. Antonello Pinto.
- Deliberazione n. 294 del 24.12.2024 "Conferimento incarico ex art. 17 bis D.lgs. n.502/1992. Nomina Direttore del Dipartimento dei Servizi Strategici Tecnico-Professionali". – Ing. Ciro Frattolillo.

1.5. 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 aziendali e a tal fine, l'istituto si esteso attraverso il:

- 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

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.

I Laboratori della struttura di Mercogliano (CROM), preposti all'attività di ricerca, hanno ottenuto anch'essi l'estensione del carattere Scientifico.

PRESIDIO OSPEDALIERO ASCALESI

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 trasferito una parte dell'attività didattica presso il predetto nosocomio, offrendo agli studenti nuovi spazi e, sulla base delle disposizioni regionali, ha finalizzato una serie di azioni per ampliare la propria capacità assistenziale attraverso il predetto nosocomio.

Di seguito si riportano i principali interventi attuati e programmati dall'Istituto che riguardano il predetto presidio: essi sono finalizzati non solo ad assicurare una dislocazione delle attività ambulatoriali ma anche a focalizzare nuove e diverse prestazioni assistenziali.

Nuova Radioterapia -Terapia Intensiva e Day Surgery con posti letto

L'intervento è stato finanziato dalla Regione Campania nell'ambito del DM Salute del 6/12/2017 e consente alla Radioterapia dell'Ascalesi di fruire di n. 2 apparecchiature di ultima generazione individuate come Cyberknife e Tomoterapia Elicoidale Radixact X9. Inoltre, è incluso nel piano approvato con DGR n°378/2020 l'adeguamento del numero dei posti letto di terapia intensiva.

Creazione di ecosistemi dell'innovazione -HUB per la rete di terapia del dolore- Terapia Intensiva-

Sono in corso "lavori" di adeguamento per i piani 3-4 del corpo A e 4-5 del corpo B, destinati a laboratori e uffici, nonché alla creazione di un nuovo polo didattico dell'Istituto mentre, sono previsti interventi per finalizzare 10-15 posti letto per malati oncologici terminali a cui garantire cure palliative e 4 posti di Terapia intensiva e day surgery con 3 posti letto DGR n°378/2020.

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).

Attività Ambulatoriali

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate anche presso il P.O. Ascalesi dal lunedì a venerdì, a rotazione, mentre quelle di afferenza alle SS.CC. di Medicina Riabilitativa Oncologica e di Dermatologia Oncologica sono erogate tutti i giorni.

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 sia i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che la pressione dell'utenza sulla sede centrale.

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.

1.6 L' ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'IRCCS FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE

DATI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE

Nel corso del 2023 il numero di ricoveri ordinari è stato analogo a quanto rilevato nel corso del 2022 (evidenziando un minimo incremento pari a 0,67%), mentre il valore delle prestazioni erogate è cresciuto del 2,46% del valore di queste prestazioni. La diminuzione complessiva, indicata all'inizio, va attribuita ai dati delle prestazioni di ricovero diurno: nel perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'erogare le prestazioni assistenziali, durante il 2023 sono state trasferite al livello ambulatoriale tipi di prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero.

Nel confronto dei dati 2022 con quelli del 2023, complessivamente appare una riduzione del 21,25% del numero di ricoveri diurni e del 52,61% del loro valore.

Alle attività ambulatoriali si aggiungono i numeri delle prestazioni erogate con le caratteristiche dei PACC (Prestazioni Ambulatoriali Complesse e Coordinate) di chemioterapia.

Le regole di rendicontazione dei PACC di chemioterapia sono diverse da quelle dei ricoveri in DH: i ricoveri in DH devono essere comunque "chiusi" entro la fine dell'anno solare e con i dati raccolti nei flussi informativi sanitari - in particolare il file A delle dimissioni ospedaliere. E' possibile, quindi, conoscere annualmente numeri e valore di questa attività assistenziale, mentre la prescrizione di un PACC si esaurisce dopo 30 somministrazioni di chemioterapie anche a distanza di anni.

1.6.1 L'IRCCS Fondazione G. Pascale e la ROC

La Rete Oncologica Campana (ROC) è stata istituita con DCA n. 98 del 20.9.2016 e, con nota prot. n. 731 del 10/2/2017, il Commissario ad Acta e il sub-Commissario ad Acta per il Piano di Rientro dal Disavanzo hanno affidato alla Direzione Generale di questo IRCCS Fondazione G. Pascale il Coordinamento centrale altamente specialistico di tutti i Centri complementari coinvolti nella Rete Oncologica Campana di cui al predetto DCA 98/2016.

Con determinazione n. 26 del 9.03.2017 il Direttore Generale, con funzioni di coordinamento ad esso assegnate, procedeva al conferimento dell'incarico di Responsabile Scientifico della Struttura di Coordinamento della ROC al dott. Sandro Pignata, Direttore della S.C. Oncologia Clinica Sperimentale Uro-Ginecologica: incarico tutt'ora in corso.

Con DGRC n. 154 del 28.03.2023, la Regione Campania, nel recepire l'Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 16/CSR del 26.01.2023, concernente il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, ha approvato, altresì, il documento tecnico ad oggetto "Governance e struttura della Rete Oncologica Campana" con il quale si è stabilito che:

- il Coordinamento della Rete Oncologica è affidato alla Direzione Generale dell'IRCCS Pascale che designa tra i suoi dipendenti un Responsabile Scientifico, per la successiva nomina da parte della Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- ogni decisione rilevante per il settore oncologico coinvolge il coordinamento della Rete Oncologica e il Tavolo Tecnico regionale della ROC, costituito dai coordinatori dei 10 CORP/CORPUS della Rete Oncologica Campana, da un referente di rete per ciascuna ASL, dal responsabile dei registri tumori della Campania, dal Dirigente di Staff funzioni di supporto Tecnico Operativo e dal Dirigente della UOD Assistenza Ospedaliera della Direzione regionale per la Tutela della Salute;
- la Cabina di Regia della ROC, composta dai Direttori Generali dei CORP/CORPUS e delle ASL regionali ivi individuate, dal Direttore Generale del Pascale e dal Responsabile Scientifico come struttura di coordinamento della ROC, dal Dirigente di Staff funzioni di supporto Tecnico Operativo, dal Dirigente della UOD Assistenza Ospedaliera e dal Dirigente della UOD Politica del Farmaco e Dispositivi della Direzione regionale per la Tutela della Salute, è coordinata dal Direttore Generale per la Tutela della Salute e si riunisce con cadenza almeno bimestrale, senza possibilità di delega;
- sono organi della Rete Oncologica Campana 11 CORP/CORPUS, secondo la definizione prevista nel DCA 98 del 2016 (CORPUS: Federico II, Vanvitelli, Ruggi, IRCCS Pascale - CORP: Cardarelli, Azienda dei colli, Ospedale del Mare, Moscati di Avellino, San Pio di Benevento, Azienda San Anna e San Sebastiano di Caserta, Ospedale S Maria delle Grazie di Pozzuoli);
- tali CORP/CORPUS costituiscono GOM aziendali e interaziendali con le strutture mediche e chirurgiche delle ASL, gli Ospedali classificati e le case di cura accreditate autorizzate a far parte della Rete;
- sono parte della Rete Oncologica le Aziende Sanitarie Locali che nel loro interno identificano un Ospedale di riferimento, ove presente, per le attività oncologiche, competente anche per i percorsi territoriali che la ASL mette a disposizione dei percorsi dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari Interaziendali. Gli ospedali ASL che svolgono attività oncologica costituiscono GOM interaziendali con i CORP/CORPUS. Fano parte della ROC anche le 41 case di cura accreditate temporaneamente autorizzate con il decreto 477;
- fa parte della Rete Oncologica anche la AO Santobono-Pausillipon per l'oncologia pediatrica;
- rientrano nella struttura della Rete oncologica i servizi per le cure palliative delle ASL, i Servizi di Prevenzione Oncologica e la Medicina Generale.

Il ruolo del Pascale, quindi, quale struttura di coordinamento della ROC, è quello di armonizzare le procedure di funzionamento dei gruppi multidisciplinari in tutta la regione, monitorarne l'attività, definire ed aggiornare annualmente i PDTA regionali, nonché proporre piani biennali di sviluppo della ROC agli altri organi della rete e contribuire alla realizzazione degli obiettivi.

Inoltre, 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 numerosi PDTA.

Infine è da rilevare che la Giunta Regionale della Campania (Deliberazione n. 477 del 4/11/2021) ha disposto la rimodulazione del citato DCA n. 58/2019 con l’obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente nell’ambito del percorso diagnostico assistenziale in tutti i momenti e le fasi della malattia, abilitando come strutture operative della Rete Oncologica Regionale anche le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate con documentata expertise, sulla base di vincolanti indicatori preliminari, qualitativi oltre che quantitativi.

1.6.2 Gli aggiornamenti della ROC derivanti dai provvedimenti regionali

L’approccio condiviso della patologia neoplastica è stato oggetto nuovamente di approfondimento da parte della Giunta della Regione Campania; infatti, con DGRC n. 154 del 28/03/2023 è stata recepita l’Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 16/CSR del 26 gennaio 2023 concernente il “Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023 – 2027” ed è stato approvato il documento tecnico “Governance e struttura della Rete Oncologica Campana”. Contestualmente, il citato provvedimento regionale ha confermato il ruolo di coordinamento della R.O.C. assegnato alla Direzione Generale di questo Istituto (cui compete altresì la designazione, tra i suoi dipendenti, di un Responsabile Scientifico, per la successiva nomina da parte della Direzione Generale Tutela della Salute) e ha fissato per il biennio 2023-2024, i seguenti obiettivi della Rete Oncologia Campana:

1. creazione della rete dei Molecular Tumour Board regionali interaziendali, in grado di coprire le esigenze di tutti i pazienti in carico ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) regionali e di rendere operativa l’oncologia di precisione nella nostra Regione;
2. potenziamento dei servizi di continuità territoriale, oltre l’assistenza domiciliare, nel principio delle cure di prossimità e della continuous care con l’intento di tenere sempre il paziente al centro nell’ottica della piena presa in carico;
3. realizzazione di un modello di assistenza territoriale oncologica secondo il principio del “onehealth”, dalla prevenzione alla diagnosi e alla cura;
4. definizione dei segmenti dei PDTA che possono essere svolti sul territorio nel rispetto dei tempi, in una attività coordinata Ospedale/territorio all’interno dei con i GOM interaziendali, ai fini del superamento delle barriere assistenziali nel sistema sanitario regionale;
5. formazione e coinvolgimento della Medicina Generale;
6. completamento della digitalizzazione dei sistemi di teleconsulto/GOM e di televisita;

Con successivo Decreto Dirigenziale regionale n. 626 del 29/09/2023 sono stati approvati tutti i PDTA e i documenti tecnici adottati in precedenza, approvando, altresì, un nuovo PDTA pediatrico (SNC) e cinque nuovi documenti tecnici:

- terapia trasfusionale nel paziente oncologico;
- terapia anticoagulante nel paziente oncologico;
- terapia vaccinale nel paziente oncologico;
- valutazione psicologica nei pazienti;
- riabilitazione in oncologia.

L’Istituto ha proposto e condiviso, con la supervisione del Responsabile Scientifico della ROC, dei Coordinatori dei GOM e dei Direttori di Dipartimento i nuovi GOM 2023 in ottemperanza al citato Decreto Dirigenziale nr.626 del 29/09/2023 e ha preso atto con provvedimento del D.G. nr. 1397 del 20/12/2023 del citato decreto regionale al fine di assicurare la piena attivazione dei GOM e la realizzazione del progetto CORPUS. È da

rilevarsi, inoltre, 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.

1.7. 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.

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

Tale Organo 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, nel coordinare le attività di ricerca (da quella preclinica a quella clinica), valuta gli outcomes dei progetti scientifici, soprattutto attraverso l'identificazione e il monitoraggio degli indicatori prefissati; 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.

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.

Di seguito la tabella esplicativa dei fondi di ricerca previsti per l'anno 2025 e relativi costi di cui al bilancio di previsione delibera del Commissario Straordinario nr. 13 del 24/01/2025:

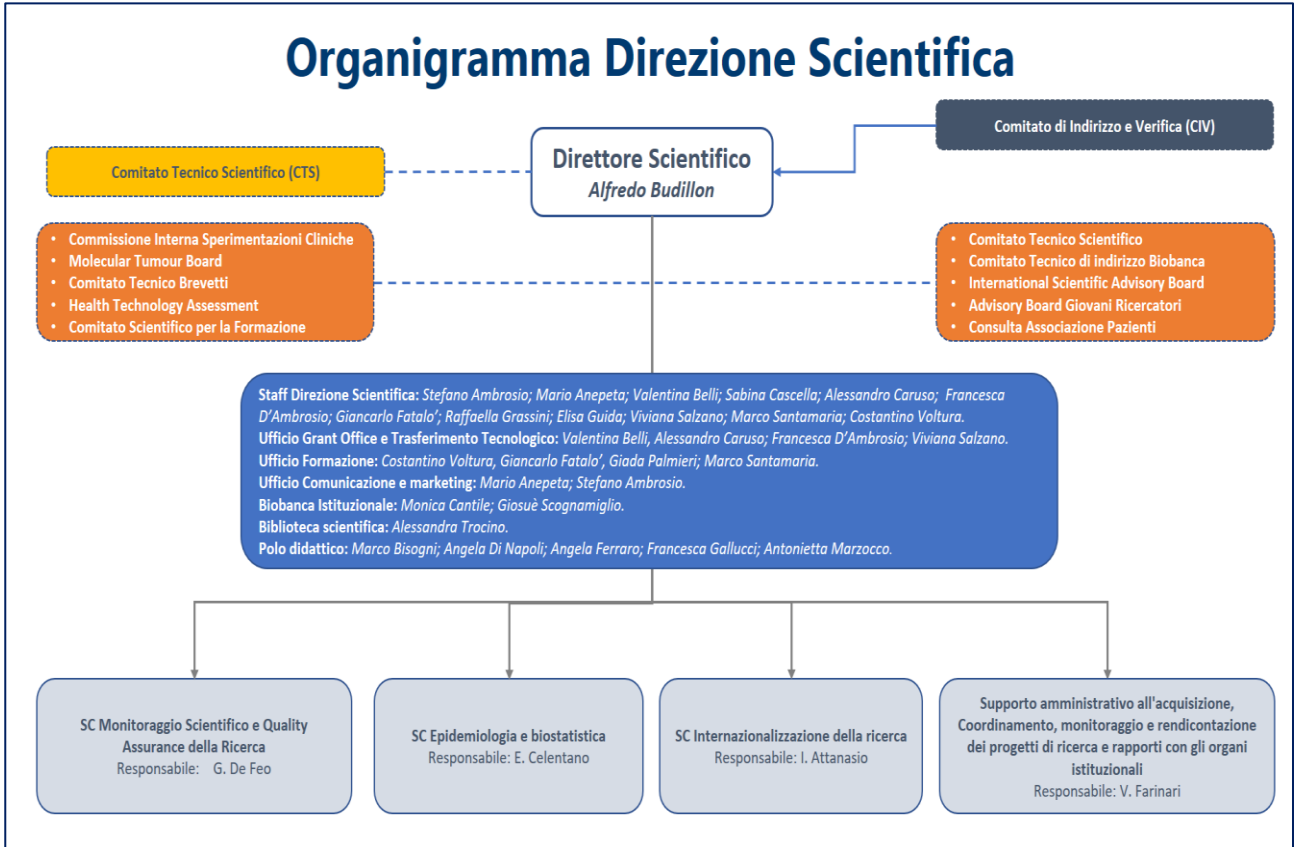
BILANCIO SEZIONALE DELLA RICERCA	
CONTTO ECONOMICO	Anno 2025
CONTRIBUTI DELLA RICERCA	
Contributi c/esercizio da Ministero Salute	11.650.000,00
per ricerca corrente	4.250.000,00
"piramide"	5.600.000,00
per ricerca finalizzata:	1.800.000,00
5 per mille	1.350.000,00
Altri	450.000,00
Contributi c/esercizio da Regione	0,00
per ricerca	0,00
Altri	0,00
Contributi c/esercizio da Provincia e Comuni	500.000,00
per ricerca	0,00
Altri	500.000,00
Contributi c/esercizio da altri enti pubblici	50.000,00
per ricerca (Asl/AOU/IRCCS/Policlinici)	50.000,00
Altri	
Contributi c/esercizio da privati	7.800.000,00
no profit per ricerca	1.000.000,00
profit per ricerca	6.500.000,00
Altri	300.000,00

Contributi c/esercizio da estero	750.000,00
Unione europea	750.000,00
TOTALE CONTRIBUTI RICERCA (A)	20.250.000,00
COSTI DIRETTI DELLA RICERCA	
Acquisti di beni e servizi	1.861.490,16
materiale di consumo per attrezzature diagnostiche	1.173.529,34
materiale di consumo per attrezzature scientifiche	281.694,16
manutenzioni per attrezzature diagnostiche	85.376,26
manutenzioni per attrezzature scientifiche	31.512,29
noleggi per attrezzature diagnostiche	101.795,62
noleggi per attrezzature scientifiche	76.992,87
altro per ricerca	86.150,72
altro sanitari	24.438,89
altro non sanitari	
Personale sanitario	8.387.751,86
di ruolo dell'ente	4.938.616,66
di ruolo di altro ente	
a progetto	3.265.203,47
co.co.co.	
collaborazioni occasionali	183.931,73
altro (con specifica)	
Personale amministrativo	0,00
con specifica	
Personale tecnico - professionale	0,00
con specifica	
Godimento di beni di terzi	2.444.483,16
attrezzature sanitarie e scientifiche	2.182.613,51
altro (con specifica) - canoni annuali licenze software	261.869,65
Ammortamenti dei beni immateriali	283.387,01
Amm.altri diritti brevetto e di util.opere ingegno	7.919,47
Amm.costi software e licenze d'uso a tempo det.	147.388,17
Ammortamenti marchi	13.379,75
Amm.software proprietà e/o licenza d'uso tempo ind	114.699,62
Ammortamenti beni materiali	1.458.758,40
attrezzature diagnostiche	27.279,48
attrezzature scientifiche	948.194,89
Altro	483.284,03
Oneri diversi di gestione	209.443,89
con specifica	209.443,89
Accantonamenti	5.141.364,93
con specifica (Accantonamenti al fondo per quote inutilizzate contributi vincolati e progetti di ricerca)	5.141.364,93
Variazioni Rimanenze	0,00
con specifica	
TOTALE COSTI DIRETTI RICERCA (B)	19.786.679,41
DIFFERENZA (A-B)	463.320,59
COSTI INDIRETTI DI GESTIONE	463.320,59
con specifica	
RISULTATO FINALE	0,00



Di seguito l'Organigramma della Direzione Scientifica
Direttore Scientifico: Dr. Alfredo Budillon

/



Per lo svolgimento delle suddette attività, la Direzione Scientifica Aziendale si avvale di un'apposita struttura organizzativa autonoma costituita da uffici deputati alle attività di Grant Office, TTO, trials clinici nonché da una struttura di supporto amministrativa.

Lo staff della Direzione Scientifica è anche di supporto ai ricercatori mediante il funding research di finanziamenti pubblici e privati e l'accesso alle risorse informative a sostegno dei programmi di ricerca in corso (Biblioteca biomedica).

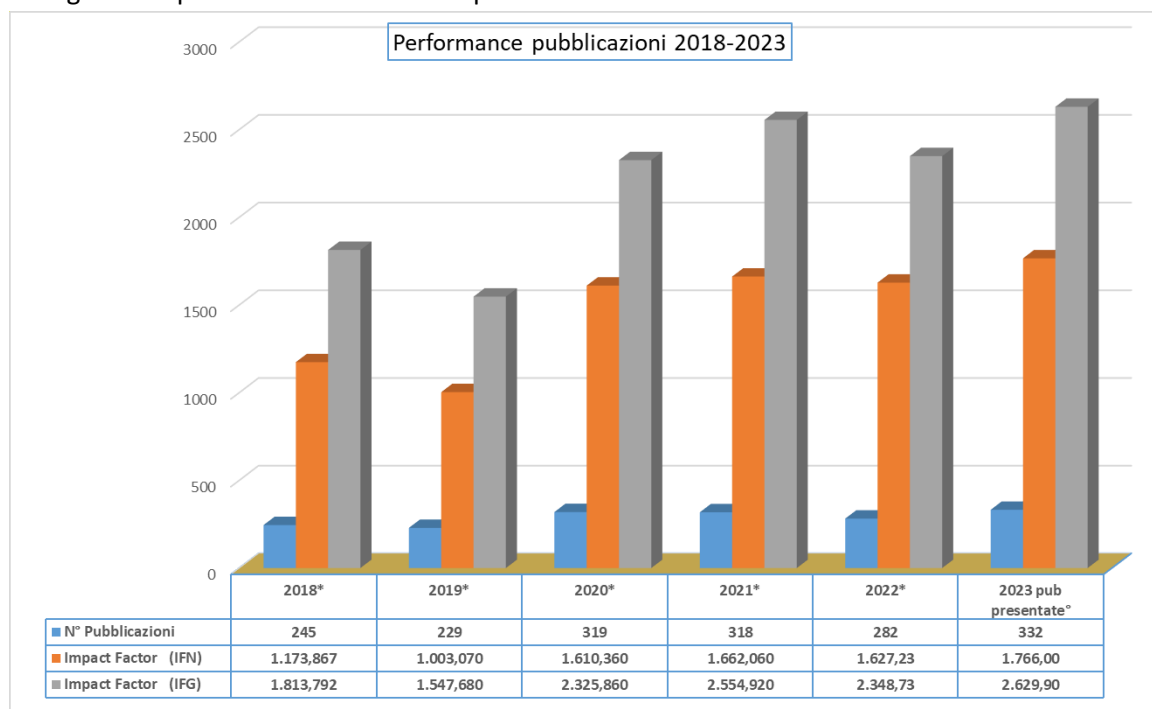
Il Direttore Scientifico coordina, altresì, le attività della BioBanca Istituzionale (BBI), responsabile della raccolta e dello stoccaggio di materiale biologico umano ai fini di ricerca scientifica.

Costituisce parte integrante della Direzione Scientifica anche la formazione e la didattica. La Direzione Scientifica:

- esercita il controllo dei Trial Clinici attraverso il monitoraggio continuo e l'assicurazione di qualità della ricerca clinica.
- promuove il trasferimento delle conoscenze attraverso l'Ufficio di Trasferimento Tecnologico (U.T.T), facilitando la conversione dei risultati della ricerca in prodotti e servizi innovativi, promuovendo la valorizzazione economica dei brevetti e delle ricerche originali e il loro trasferimento al mercato.

Nell'ottica di una ricerca biomedica e sanitaria che si sta sempre di più affacciando sul panorama europeo-internazionale, diventa imprescindibile per l'Istituto porre particolare attenzione a quelle che sono le problematiche associate alle attività di ricerca che svolge. In questo senso, sia per le attività finanziate dall'Unione Europea, che per quelle in ambito nazionale, la gestione degli aspetti organizzativi dovrà essere parte integrante dell'attività di ricerca in tutte le sue fasi, in modo da rendere qualificata la partecipazione dell'Istituto alla ricerca biomedica e sanitaria. Per raggiungere questo obiettivo, diventa in primis compito del Direttore Scientifico pianificare in anticipo la procedura migliore e gli strumenti necessari a garantire la fattibilità e la qualità della propria attività di ricerca, al fine di affrontare e superare quegli eventuali ostacoli, anche etici e legali, che potrebbero inficiarne l'esito.

Di seguito si riportano alcuni dati della produttività scientifica



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

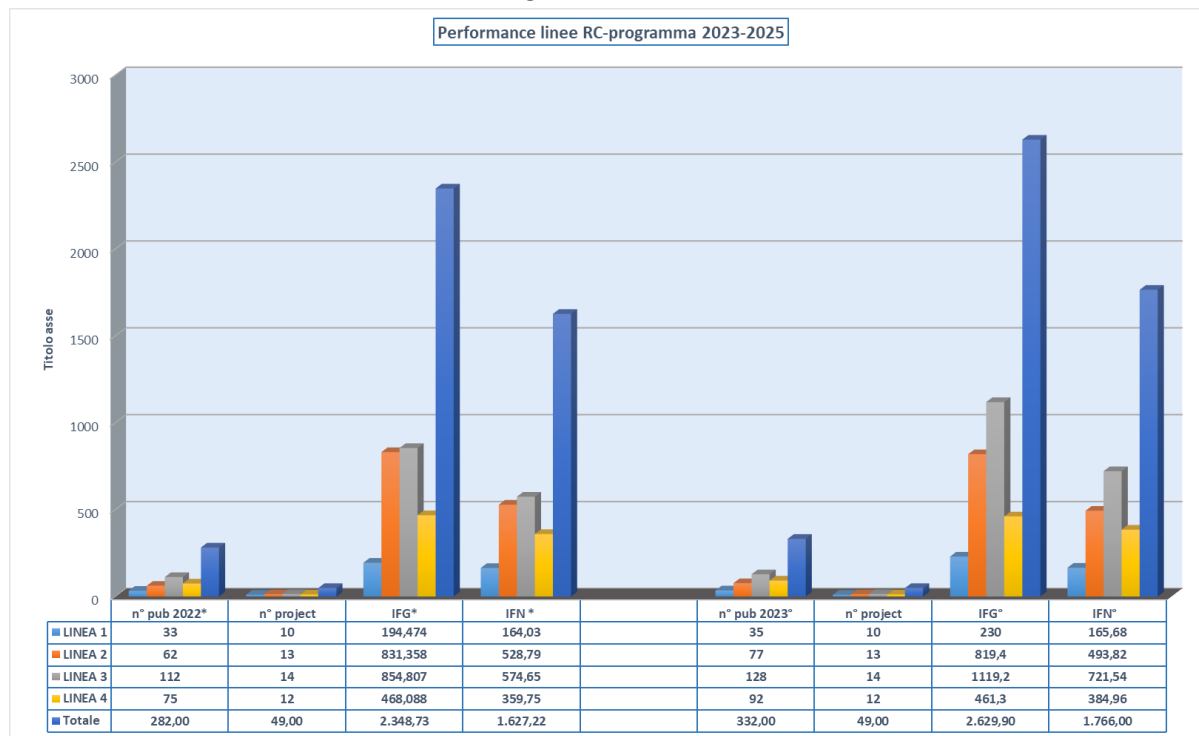
I valori di IFG e IFN sono attribuiti direttamente dal Ministero della Salute. Fonte JCR.

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

* pubblicazioni validate dal Ministero della Salute

°pubblicazioni rendicontate ma ancora non validate dal Ministero della Salute

Performance Linee di Ricerca Corrente: Programma 2023-2025



* pubblicazioni validate dal Ministero della Salute

°pubblicazioni rendicontate ma ancora non validate dal Ministero della Salute

Progetti di Ricerca in Oncologia finanziati con il contributo del 5 x mille

Premesso che le strutture vigilate dal Ministero della Salute, tra cui, tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), grazie alla legge finanziaria, dal 2006 sono destinatarie annualmente, della quota pari al 5 x mille, devoluto dai cittadini come parte dell'Irpef, per il finanziamento della ricerca sanitaria, il contribuente può scegliere lo specifico soggetto a cui destinare direttamente la quota del 5 x mille della sua imposta sul reddito delle persone fisiche, per la ricerca sanitaria, il cui obiettivo non è il progresso scientifico e tecnologico fine a se stesso, ma il miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi, per incrementare significativamente la salute dei cittadini e pertanto le loro aspettative e qualità di vita.

I contributi vengono utilizzati direttamente dalle strutture individuate e vigilate dal Ministero della Salute, per attività di ricerca immediatamente applicabili al malato. L'Istituto Pascale, in quanto IRCCS, può progettare e sperimentare sul campo modelli assistenziali finalizzati allo sviluppo, al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie, nonché all'efficienza, equità ed economicità dei servizi sanitari.

Programmi volti a facilitare la produzione di conoscenza all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), vengono realizzati attraverso progetti, principi e norme di evidence based, utili a gestire la ricerca: dall'identificazione delle priorità su cui disegnare i progetti, all'organizzazione, che consente la realizzazione della ricerca stessa, fino ad arrivare al risultato finale che viene validato e trasferito direttamente al paziente per una cura ed assistenza migliore.

A tal fine, la Direzione Scientifica emana un bando intramurale per finanziare, mediante il budget del 5 x mille, progetti di "ricerca sanitaria"; ogni singolo cittadino può controllare l'uso di queste risorse presso la struttura scelta, attraverso la pagina pubblica del Ministero della Salute,

<http://areapubblica.cbim.it/areapubblica/home>, ove sono riportati tutti i progetti attivati e contribuire così al miglioramento dell'assistenza del malato, continuando a destinare il loro 5 x 1000 alla ricerca sanitaria.

Una dettagliata analisi dei dati relativi all'attività di ricerca scientifica è acquisibile dalla rendicontazione della performance organizzativa anno 2023- Delibera del D.G. 1140/2024

ACCREDITAMENTO OECI

L'Istituto Nazionale Tumori IRCCS – Fondazione “G. Pascale” (INT) ha aderito al progetto OECI (Organisation of European Cancer Institutes), intraprendendo, nel corso del 2013, insieme ad altri IRCCS oncologici italiani, un percorso di Accredimento di eccellenza.

A inizio 2019 l'INT Pascale ha intrapreso il Programma di rinnovo della certificazione con aggiornamento della classificazione: il così definito re-accreditation Programme.

A giugno 2019 si è conclusa la prima fase di Accreditation and Designation, a seguito dell'identificazione del Project Team, e a settembre ha avuto inizio la fase di autovalutazione. Durante la fase di autovalutazione sono stati completati due questionari (qualitativo e quantitativo) ed è stata fornita la documentazione a supporto delle risposte date, condivise con i referenti.

La site-visit si sarebbe dovuta svolgere a giugno 2020 ma, causa emergenza sanitaria, si è svolta, in modalità virtuale, il 24-25-26 novembre 2020. Durante la visita i valutatori hanno verificato il livello di coerenza ed adesione ai requisiti di accreditamento, individuati

dall'OECI ed inviato a gennaio 2021 il Report Finale sulla base del quale l'Istituto ha definito i Piani di Miglioramento.

Il 20 luglio 2021, l'INT Pascale ha ottenuto il massimo riconoscimento come COMPREHENSIVE CANCER CENTRE.

L'Istituto attualmente sta implementando i Piani di Miglioramento.



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”

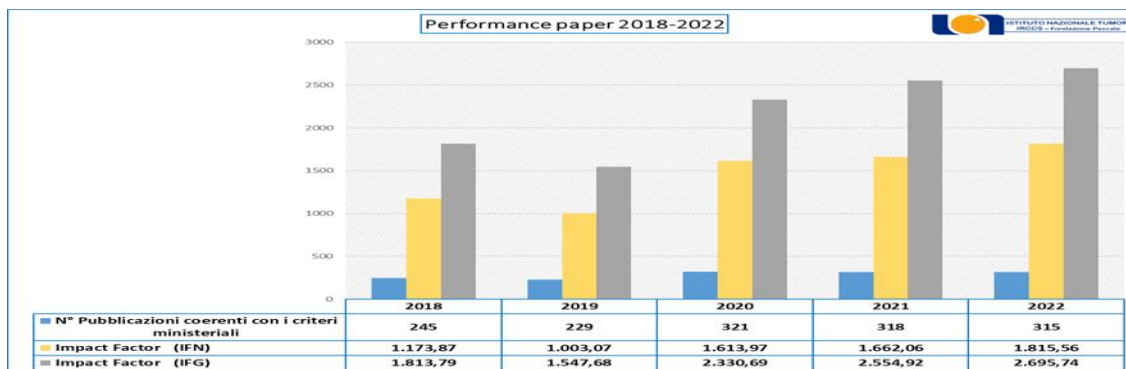
I Programmi di Ricerca innovativi “Theory enhancing” hanno come obiettivo quello di sviluppare procedure innovative e nuove conoscenze utili al miglioramento della prevenzione, diagnosi e trattamento delle neoplasie.

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).

Di seguito alcuni dati:

	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.

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.

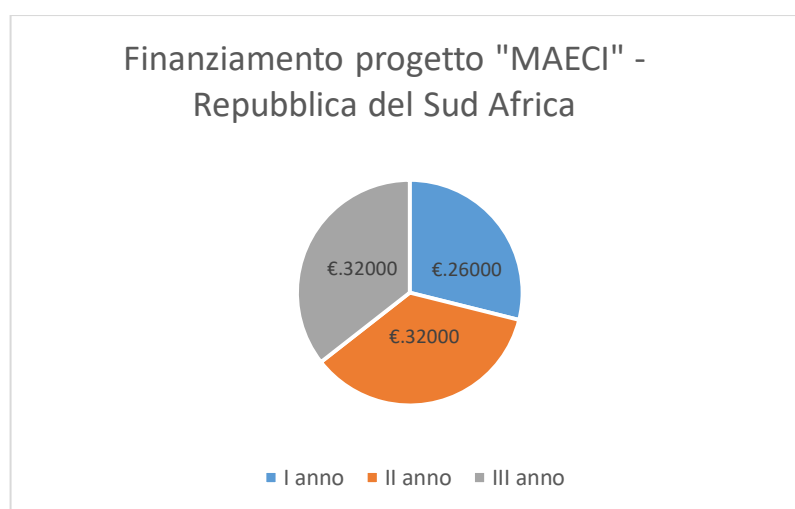
Il Ministero della Salute, in attuazione degli interventi individuati nell'ambito del programma "Ecosistema innovativo della Salute" del Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR, ha finanziato la creazione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico "NETWORK TTO",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

L'obiettivo della **dissemination** è di coinvolgere i potenziali utenti finali e le parti interessate della rete TTO per l'esecuzione delle attività della rete, nonché condividere la conoscenza delle attività progettuali all'interno della stessa. 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 la responsabilità di diffondere, comunicare e sensibilizzare gli Stakeholders industriali e finanziari riguardo le potenzialità e i prodotti del Network Perfetto.

Progetti ERANet, Ministero Affari Esteri e Progetti di Rete

L'Istituto ha aderito al Programma Esecutivo di cooperazione scientifica e tecnologica tra la Repubblica Italiana e la Repubblica del Sud Africa, per il triennio 2023-2025, volto alla realizzazione del Progetto "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".

Il progetto prevede un finanziamento, che complessivamente ammonta ad euro 90.000,00, di cui, la prima quota assegnata in favore del nostro Istituto, dal Ministero della Salute per l'anno 2023, è pari ad € 26.000,00.



Si riportano di seguito, i progetti adottati nel corso del 2023:

- Progetto **JA eCAN** tra l'IFO (Ente Beneficiario) e l'Istituto (quale Ente Affiliato): il progetto in argomento esplora il ruolo della telemedicina e del monitoraggio all'interno di due studi clinici incentrati sulla tele-riabilitazione e sul supporto tele-psicologico in 10 paesi europei. L'Istituto è destinatario di un finanziamento complessivo pari ad € 53.671,20;
- Progetto **JA JANE** tra l'IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (Ente Coordinatore) e l'Istituto (quale Ente Affiliato): il progetto in argomento è finalizzato alla creazione di sette nuove reti di competenze dell'UE nel campo del cancro nei seguenti settori: prevenzione primaria personalizzata; sopravvivenza; cure palliative; tecnologie omiche; risorse mediche hitech; tumori complessi e con prognosi sfavorevole; adolescenti e giovani adulti (15-39 anni alla diagnosi di cancro) affetti da cancro. L'Istituto è destinatario di un finanziamento complessivo pari ad € 14.980,00;

- Progetto **EUonQoL** tra DIGICORE (Ente Beneficiario) e l'Istituto (quale Ente Affiliato): il progetto ha lo scopo di contribuire alle iniziative dell'UE contro il cancro, sviluppando l'European Oncology Quality of Life Toolkit (EUonQoL-kit), uno strumento unificato incentrato sul paziente per la valutazione della qualità della vita tra pazienti affetti da cancro e sopravvissuti. Il miglioramento e la preservazione della qualità della vita (QoL) è uno dei tre pilastri della Missione della CE sul cancro. L'Istituto è destinatario di un finanziamento complessivo pari ad € 236.125,00.

Promozione e scambi culturali (anche con Università) e networking

E' stata istituita presso l'Istituto, una "Piattaforma congiunta integrata di ricerca e di ricerca traslazionale", in collaborazione con la **Scuola Superiore Meridionale (SSM)**.

Tale Piattaforma ha come scopo, quello di sviluppare progetti di comune interesse, nell'ambito di programmi di ricerca corrente e finalizzata degli IRCCS supportati dal Ministero della Salute, nonché di altri programmi nazionali e internazionali. (Delibera n. 232 del 27.02.2023).

Tale accordo ha, inoltre, permesso di approvare il finanziamento di borse di studio per il Corso di Dottorato in **"CTO – Clinical Translational Oncology"-39° ciclo**, promosso dalla Scuola Superiore Meridionale, in convenzione con l'Istituto, nonché con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". (Delibera n. 1148 del 30.10.2023).

Programma internazionale di experiential - learning

La struttura è impegnata a promuovere il processo di internazionalizzazione mediante lo sviluppo della cooperazione internazionale, attraverso azioni di mobilità di ricercatori e/o specializzandi provenienti dall'estero.

A tal proposito, è stato approvato, con Delibera n. 1088 del 16.10.2023, un accordo di collaborazione per la realizzazione di un programma di observership ("*Doctors in Italy*") pronto ad accogliere studenti americani e di altri paesi anglofoni a conoscere dal vivo la sanità italiana, tramite un'attività di affiancamento e osservazione in strutture pubbliche e private. L'obiettivo è quello di garantire l'accoglienza dei partecipanti nel nostro Istituto e consentire loro di effettuare un'esperienza di alto valore formativo, sia nell'area clinica che nel campo della ricerca



Apply

Hospital Shadowing

Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Fondazione Giovanni Pascale"

The Naples program offers a shadowing opportunity at the National Institute for the Study and Treatment of Tumors "Giovanni Pascale Foundation." Founded in 1933, the institute serves as the regional reference center for the diagnosis and treatment of neoplastic diseases, conducting diagnostic/staging, therapeutic, and oncological follow-up activities.

By integrating both experimental and clinical research endeavors with high-complexity, high-quality healthcare services, it holds a significant position among healthcare institutions in Southern Italy, particularly in the realm of oncology. Additionally, the Institute is a part of the national network for rare diseases.

It was also the first Italian oncology institute to establish an organization in Organ Departments, where Oncologists, Surgeons, Radiation Therapists, Nuclear Medicine Physicians, and Pathologists could work together to assess, monitor, and treat, each according to their expertise, the same diseases in order to channel various disciplinary knowledge to improve diagnostic and therapeutic outcomes.

Top choice for:

- Molecular Pathologies
- Immuno-Oncology
- Head and Neck Surgery
- Breast Surgery
- Radiotherapy
- Nuclear Medicine
- Radio-Imaging
- Abdominal Oncology
- Rare Tumors and Sarcomas
- Melanoma and Skin Cancer

Other available fields:

- Clinical Trials
- Translational and Clinical Research
- Thoracic Surgery
- Cardio-Oncology

Progetto europeo Remedi4all

Nell'ambito di Horizon Europe 2021-2027, programma quadro dell'UE per la ricerca e l'innovazione, l'Istituto ha partecipato alla call HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04, ed ha ottenuto il finanziamento da parte della Commissione europea per il progetto dal titolo "REMEDI4ALL".

Un consorzio multidisciplinare che coinvolge ventiquattro organizzazioni europee tra cui quattro italiane, con l'obiettivo comune di rendere disponibili terapie già in uso clinico e riposizionarle per altre indicazioni terapeutiche, in particolare tumore al pancreas, Covid e malattie rare, con grandi vantaggi economici e sociali. 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 nell'ambito di Horizon Europe 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, prende il via con l'ambizione di creare un ecosistema europeo di ricerca e innovazione che faciliti uno sviluppo, incentrato sul paziente, rapido ed economico e l'accesso a farmaci riproposti.

La piattaforma tecnologica di Remedi4All fornirà servizi aggiornati allo stato dell'arte lungo tutta la catena del valore legata alle attività di riproposizione dei farmaci per nuove applicazioni terapeutiche. I meccanismi di azione, ad esempio, potranno essere investigati anche grazie all'impiego di strumenti di machine learning e intelligenza artificiale.

II SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Premessa

Il valore pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una pubblica amministrazione, riferito al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti agli utenti e agli stakeholder, nonché alle condizioni interne alla stessa amministrazione.

Creare valore pubblico significa riuscire ad utilizzare le risorse disponibili con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

Le Linee Guida 2/2017 della Funzione Pubblica evidenziano che la fase di programmazione di ciascuna amministrazione “serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest’ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”.

Il Valore Pubblico deve essere

- equo, in quanto rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo degli utenti diretti
- sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo per il futuro.

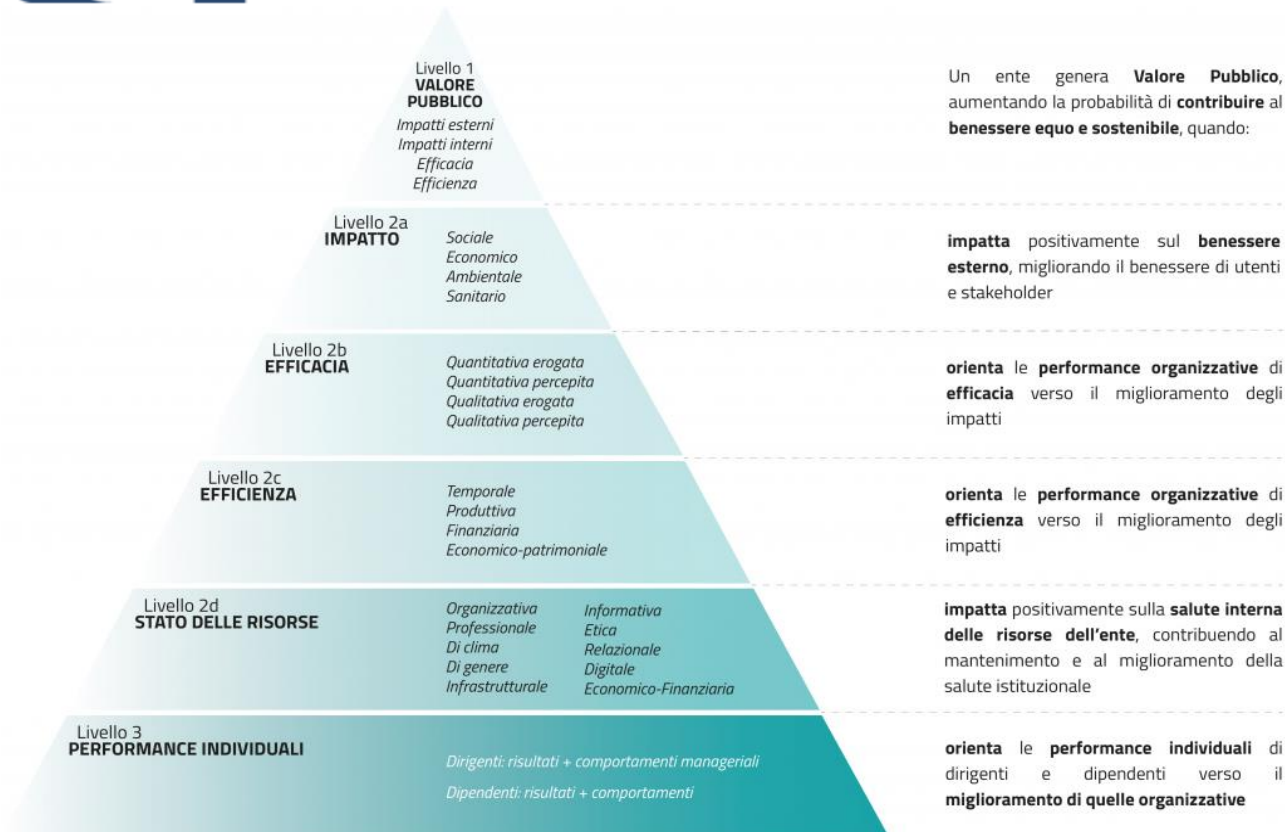
Quindi per creare Valore, la pubblica amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni sia di quelli esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi), ottenendo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue performance che risultino superiori alle condizioni di partenza delle strategie e dei progetti di ottimizzazione e di evoluzione amministrativa.

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 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 individuando 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 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.



2.1 Valore Pubblico-Strumenti operativi.

Il raggiungimento di una migliore qualità delle cure prevede l'iterazione con gli utenti attraverso una molteplicità di strumenti.

- 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 favorisce 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.it/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 tra l'IRCCS Fondazione Giovanni Pascale e 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 con le citate organizzazioni, 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, la malattia neoplastica interferisce su tutti gli aspetti della vita quotidiana del paziente, dalle relazioni amicali e familiari agli aspetti finanziari e lavorativi; inoltre, 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 determinando 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.

Laboratori dell'anima- P.O. Ascalesi

L'Istituto ha inaugurato durante la settimana internazionale della Ricerca i "Laboratori dell'anima" presso il presidio Ascalesi, da quattro anni poliambulatorio del Pascale.

In due stanze, poste al piano terra dello storico edificio che sorge a Forcella, l'Istituto intende dare vita a mostre semipermanenti di artisti e fotografi e ad attività di teatro, fotografia, musicoterapia, tangoterapia, biodanza, shatsu, pittura, scrittura autobiografica e tanto altro, rivolte ai pazienti oncologici e anche al personale sanitario. L'obiettivo dell'iniziativa è quello di creare luoghi che possano in primis di ridurre lo stress sia nei pazienti che negli operatori sanitari attraverso spazi intorno ai quali far girare scrittori, attori, musicisti, pittori per dare vita a un luogo di condivisione, di aggregazione e di partecipazione dove l'espressività artistica può essere utilizzata come spinta liberatoria ed in chiave olistica, capace di elevare lo "stato vitale" generando sensazioni di benessere.

-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 e Customer Satisfaction

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in quanto "superficie di contatto" dell'Istituto con l'utenza, attua sistematicamente, mediante l'ascolto dei cittadini, processi di rilevazione sul grado di soddisfazione degli stessi per i servizi erogati e sull'evoluzione dei bisogni di salute.

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).

Infatti nel corso dell'anno 2024, sono pervenute 15.278 richieste da parte dell'utenza di cui

- 9.073 trasmesse per posta Elettronica, pec;
- 6143 pervenute telefonicamente.

mentre 62 segnalazioni sono presentate all'Urp, sottoscritte dall'utente, e relative a segnalazioni e ad elogi. Un ruolo fondamentale nell'ambito della comunicazione è rappresentata dall'utilizzo delle piattaforme di social network Facebook, YouTube, Instagram, Twitter, LinkedIn, che costituiscono nuovi strumenti di informazione tra i pazienti e l'Ente.

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 2024, l'assistente virtuale ha registrato 31.798 di conversazioni con gli utenti per un totale di 79.186 messaggi scambiati. Inoltre, attraverso tale strumento, l'utenza partecipa 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 sull'offerta dei servizi in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale mediante la rimodulazione delle prestazioni rese sulla base del feedback raccolto.

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

L'Istituto offre, in modalità gratuita, l'accesso ad internet tramite una rete Wi-Fi assicurando 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, l'Istituto ha adottato un'ideale cartellonistica per lo smistamento dei pazienti verso i vari reparti in cui si articola l'Istituto.

2.2 Semplificazione e Digitalizzazione

L'IRCCS Fondazione G. Pascale è impegnato nel processo di semplificazione nell'accesso ai servizi offerti attraverso il taglio dei passaggi procedurali e adempimenti ostativi al buon funzionamento dell'amministrazione.

A tal fine e conformemente a quanto previsto dall'art. 17 del CAD, l'Istituto ha costituito l'Ufficio per la Transizione digitale affidando le funzioni di Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD) all'Ing. Rocco Saviano (determina del D.G. nr. 81 del 25 ottobre 2022) e individuando il dr. Luigi Livigni, n.q. il Responsabile per la conservazione digitale dei documenti amministrativi (determina del Direttore Generale nr.30 del 21/03/2023)

2.2.1 Transizione digitale-Accessibilità digitale

Il processo di digitalizzazione e di semplificazione 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 l'Istituto è impegnato a far data dall'anno 2023 in un'attenta disamina del DCA27/2019 finalizzata ad 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 2025 l'Istituto ha previsto, in esito alle attività poste in essere nella pregressa programmazione, che la SC Gestione Risorse Economico/Finanziarie proceda alla redazione di una proposta di regolamento Amministrazione e Contabilità di concerto con tutte le articolazioni aziendali.

Inoltre, l'Istituto ha programmato l'informatizzazione del BOC e della Terapia Intensiva al fine di creare un collegamento con il Datwarehouse e Cruscotto Aziendale nonché di verifica del corretto Utilizzo Degli Armadietti Di Reparto Da Parte Delle Sc E Ssd Per Farmaci E Dispositivi.

Sono inoltre programmati altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi relativi all'archiviazione digitale dell'intero processo istruttorio finalizzato alla stipula delle convenzioni.

Per i processi sanitari, si evidenziano rilevanti interventi per:

- l'implementazione del modulo ambulatoriale della cartella clinica elettronica;
- l'attivazione della cartella clinica di reparto;
- la realizzazione di una funzione di collegamento tra essa e il cruscotto direzionale.

Inoltre, l'Istituto sarà impegnato nel trasferimento della piattaforma smart 2.0 su cloud istituzionale ed estrazione dati direttamente dal cruscotto nonché nelle attività di messa in sicurezza del sistema informatico aziendale attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud, messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alle linee guida AgID

Transizione digitale

Strettamente connessa alla semplificazione è la transizione digitale che, 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 l'implementazione dell'App Io (Pnrr Misura 1.4.3) che consente 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 erogati dalla PP.AA. 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

Infatti, nell'attuale piano della performance, l'Istituto intende garantire i seguenti servizi sull'app IO: Avvisi di pagamento PagoPa, Referto di Laboratorio Analisi, Referto di Anatomia Patologica, Referto di Radiologia, lettera di dimissione Ospedaliera, Referto prestazione Ambulatoriale, Prestazione Sanitarie

Interoperabilità digitale

L'interoperabilità di dati e servizi tra enti pubblici, centrali e locali, costituisce uno snodo fondamentale nelle complessive strategie di digitalizzazione della PA. Gli ultimi anni hanno fatto registrare importanti progressi nello sviluppo e nell'adozione del modello di interoperabilità (Modi) basato sullo sviluppo di piattaforme e strumenti di rilevanza nazionale, come la **Piattaforma Digitale Nazionale Dati** (PDND), ed europea, come il **Single Digitale Gateway**. Progetti, questi ultimi, a cui sono destinati importanti investimenti in ambito PNRR, (M1C1, misure 1.3.1 e 1.3.2) orientati principalmente al miglioramento dei servizi offerti dalle PA in ossequio al principio *once only*.

Lo scambio di informazioni e di servizi tra enti garantito dall'interoperabilità, è stato ulteriormente evidenziato dal recente aggiornamento 2024-2026 del **Piano triennale per l'informatica nella PA**. Il Piano 2024-2026, pur accentuando il carattere trasversale dell'interoperabilità rispetto a tutte le componenti tecnologiche del modello evolutivo dell'ICT pubblico, ne evidenzia al tempo stesso il ruolo chiave di facilitatore dell'interazione digitale tra PA, cittadini e imprese costituendo uno dei pilastri che dà avvio all'intelligenza artificiale in ambito pubblico.

In linea con la predetta programmazione l'Istituto intende attivare, prevedendo come obiettivo operativo, l'attivazione dei servizi di interoperabilità nonché l'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale a supporto medico.

Obiettivi di accessibilità digitale

L'accessibilità digitale è la capacità dei sistemi informatici, come siti web e app, di fornire servizi e informazioni utilizzabili da chiunque e in ogni situazione garantendo una buona esperienza d'uso e promuovendo un ambiente digitale equo.

Nel nostro Paese, l'Accessibilità digitale viene regolata dall'AgID (Agenzia per l'Italia digitale).

Le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare, entro il 31 marzo di ogni anno, gli obiettivi di accessibilità relativi all'anno corrente, come ribadito anche nelle Linee Guida sull'accessibilità degli strumenti informatici (capitolo 4 paragrafo 2), e lo stato di attuazione del piano per l'utilizzo del telelavoro, come stabilito dal Decreto legge n. 179/2012, articolo 9, comma 7.

Un ruolo di prim'ordine nella trasmissione all' AgID degli obiettivi in questione è svolto dal Responsabile per la Transizione al Digitale, funzione che in Istituto è attribuita al dr. Rocco Saviano

Gli obiettivi in previsione per l'anno 2025 sono così di seguito sintetizzati e pubblicati anche nella sezione amministrazione trasparente – altri contenuti.

OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA' anno 2025	
SITO WEB ISTITUZIONALE	Miglioramento dell'iter di pubblicazione su web e ruoli redazionali: Adeguamento alle "Linee guida di design siti web della PA", Sito web e/o app mobili -Interventi sui documenti - Sviluppo, o rifacimento, del sito/i.
SITO INTRANET	Attuazione specifiche tecniche, Sitoweb e/o app mobili – Adeguamento alle "Linee guida di design siti web della PA", Sito web e/o app mobili -Interventi sui documenti (web e/o app mobili - Sviluppo, o rifacimento, del sito/i.
FORMAZIONE	Sito web e/o app mobili - Sviluppo, o rifacimento, del sito/i.
POSTAZIONI DI LAVORO/ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	Piano per l'acquisto di soluzioni hardware e software, Postazioni di lavoro: Attuazione specifiche tecniche.

I predetti obiettivi sono immediatamente consultabili

https://istitutotumorina.portaleamministrazionetrasparente.it/pagina771_accessibilit-e-catalogo-dei-dati-metadati-e-banche-dati.html

2.2.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Budget di previsione

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.

il Piano, infatti, 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 del 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.

Il Ministero della Salute ha ravvisato la necessità di un intervento ai fini dell'efficientamento dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi, di una maggiore appropriatezza dei setting assistenziali, di potenziamento dell'*Information and Communications Technology* (ICT) in sanità e della definizione di nuove modalità di pricing dei farmaci innovativi.

In tale prospettiva, quindi, il sistema sanitario deve rappresentare un investimento, e non solo un costo, uno strumento finalizzato sia alla produzione di ricchezza che alla promozione del benessere sociale nonché allo sviluppo del paese. Pertanto, poiché la promozione della salute costituisce un fattore determinante per la qualità della vita della persona e per la sostenibilità del sistema sanitario, occorre coniugare, contemporaneamente, diversi elementi al fine di qualificare i processi di erogazione dei servizi sanitari.

Si tratta, in particolare, di garantire la sicurezza collettiva e di promuovere la diagnosi precoce, la cura e riabilitazione.

Al fine di conseguire gli obiettivi prefissati, l'Istituto intende migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi e, dall'altro, potenziare il ruolo di indirizzo e controllo a livello centrale anche per consentire un monitoraggio continuo delle attività in corso, quali quelle previste dal Patto per la Salute, i nuovi Livelli essenziali di assistenza, il Piano Nazionale Anticorruzione, il Piano cronicità, il riordino della rete ospedaliera, lo sblocco delle assunzioni, già in essere, nonché l'implementazione della centralizzazione degli acquisti.

In tale prospettiva, si inquadrano le principali macro-aree nelle quali si inseriscono gli obiettivi strategici della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli:

1. Accrescimento della capacità del sistema sanitario di erogare e promuovere interventi di prevenzione per la promozione della salute;
2. Rafforzamento del governo dei processi di innovazione scientifica e tecnologica;
3. Valorizzazione del ruolo del Paese nelle politiche sanitarie internazionali;
4. Consolidamento della natura universalistica del sistema sanitario attraverso una maggiore equità, qualità, efficienza e appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche promuovendo interventi di adeguamento dei Livelli essenziali di assistenza ai mutamenti della realtà;
5. Sviluppo del sistema informativo e statistico sanitario;
6. Ammodernamento della governance farmaceutica e dei dispositivi medici;
7. Promozione degli interventi per la salute pubblica veterinaria e per la sicurezza degli alimenti;
8. Sviluppo di politiche di comunicazione istituzionale;

9. Ammodernamento delle politiche per l'efficienza gestionale del Ministero della salute.

Nell'ambito di questa programmazione, l'Istituto ha pianificato, come da budget di previsione di cui alla delibera del Commissario Straordinario nr. 13 del 09/01/2025, molti interventi e, tra gli investimenti più importanti, si evidenziano:

- 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 2023;
- 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";
- Il Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute
Componente: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

L' Istituto, inoltre, ha in corso di esecuzione le attività inerenti 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.

Di seguito le attività in corso nell'anno 2024, che proseguiranno negli anni successivi:

Tipologia	Numero	Data	Oggetto	Ufficio
Determina del Direttore Generale	82	11/10/2024	PNRR MISURA 1.4.3 ADOZIONE PIATTAFORMA PAGOPA FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA NEXTGENERATIONEU - ATTO DI RICOGNIZIONE SERVIZI DI PAGAMENTO PAGOPA AVVIATI DOPO IL 31.03.2021 CON RISORSE PROPRIE - CUP H61F24000030006.	Direttore Generale
Deliberazione	1224	04/10/2024	Preso d'atto di concessione del finanziamento per lo svolgimento del progetto dal titolo "Unraveling the Molecular and Immunologic Mechanisms of Intrahost Persistence in Emerging and ReEmerging Arboviral Infections" - GENESIS", nell'ambito del Programma di Ricerca e Innovazione "One Health Basic and Translational Actions Addressing Unmet Needs on Emerging Infectious Diseases (INF-ACT)" - codice identificativo PE00000007, CUP F13C22001220007, a valere sulle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 "Istruzione e ricerca", Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa", Investimento 1.3 "Creazione di partenariati estesi alle università, ai centri di ricerca, alle aziende per il finanziamento di progetti di ricerca di base", finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU. Bando a cascata dello Spoke n. 1 Università degli Studi di Pavia - "MECCANISMI MOLECOLARI ED IMMUNOLOGICI DI PERSISTENZA DELLE INFEZIONI VIRALI EMERGENTI E RI-EMERGENTI" - COC-1-2023-UNIPV (codice identificativo S1.P0002, CUP I53C24001430007). Approvazione del Contratto tra l'Università di Pisa (Soggetto proponente) e l'Istituto Pascale (Soggetto beneficiario) e accettazione del finanziamento.	Direttore Scientifico
Deliberazione	1225	04/10/2024	Preso d'atto di concessione del finanziamento per lo svolgimento del progetto dal titolo "Personalised Rna-Oriented Medicine in Italy Novel Therapeutics - PROMINENT", nell'ambito del programma di ricerca del Partenariato Esteso "Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine" (HEAL ITALIA), a valere sulle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 "Istruzione e Ricerca" – Componente 2 "Dalla Ricerca all'Impresa" – Investimento 1.3, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU. Bando a	Direttore Scientifico



			cascata dello "Spoke n. 1 - Holistic Nosology - Università degli Studi di Roma Tor Vergata" (codice identificativo PE00000019 - CUP E83C22004670001). Approvazione dell'Atto d'Obbligo e accettazione del finanziamento.	
Deliberazione	1118	13/09/2024	Presenza d'atto di concessione del finanziamento per lo svolgimento del progetto dal titolo "Studio del ruolo del metagenoma in tumori Testa-collo mediante tecniche omiche - HeNomics", per il rafforzamento della Filiera della Medicina di Precisione nell'ambito del programma di ricerca del Partenariato Esteso "Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research, and Integrated Approaches of Precision Medicine" - HEAL ITALIA Spoke 7, a valere delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 4 "Istruzione e Ricerca" - Componente 2 "Dalla Ricerca all'Impresa" - Investimento 1.3, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU (Codice bando PE00000019 - CUP I33C22006900006). Approvazione dell'Atto d'Obbligo e accettazione del finanziamento	Direttore Scientifico
Deliberazione	1113	13/09/2024	Presenza d'atto di concessione del finanziamento per lo svolgimento del progetto dal titolo "Optimizing mRNA platform for cancer vaccine delivery - OPeRA", nell'ambito delle attività di ricerca dello "Spoke n. 8 - Platform for DNA/RNA delivery", di cui al programma di ricerca del Centro Nazionale Sviluppo di Terapia Genica e Farmaci con Tecnologia a RNA "National Center for Gene Therapy and Drugs Based on RNA Technology (CN RNA & Gene Therapy)", a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4 "Istruzione e Ricerca", Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa", linea di Investimento 1.4 "Potenziamento strutture di ricerca e creazione di campioni nazionali di R&S su alcune key enabling technologies" (Codice bando CN00000041_1 - CUP E63C22000940007). Approvazione dell'Atto d'Obbligo e accettazione del finanziamento.	Direttore Scientifico
Deliberazione	1057	09/09/2024	Presenza d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Soft Tissue Sarcoma: instrumented evaluation of motor performance and impact of Robotic Rehabilitation, Nutrition and efficacy of Nutraceuticals, and Quality of Life assessment (START-RUN)" - codice n. PNRR-TR1-2023-12378226, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Regione Lazio; Soggetto delegato/UO1 Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico - CUP MASTER F83C24000540006; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Medicina Riabilitativa - CUP collegato H63C24000360006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1060	09/09/2024	Presenza d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "UNDERSTANDING THE RAREST GYNECOLOGICAL CANCERS: A MULTI-OMICS PLATFORM FOR IMPROVED PATIENTS MANAGEMENT (ROAR)" - codice n. PNRR-TR1-2023-12378400, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - CUP MASTER C53C23001260007; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Biologia cellulare e bioterapie - CUP collegato H63C23000720007. Accettazione del finanziamento	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1061	09/09/2024	Presenza d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Microbiota: its role in chronic inflammation, IBD and risk of colorectal cancer. Evaluation of a predictive prognostic model with therapeutic implications" - codice n. PNRR-MCNT1-2023-12378355, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Regione Sicilia; Soggetto Delegato Policlinico "G. Martino" Università di Messina - CUP MASTER H47G24000060006;	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali



			Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Cardiologia. CUP collegato H63C24000580006. Accettazione del finanziamento	
Deliberazione	1062	09/09/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Rare breast cancer subtypes: towards a better understanding of the biology to improve clinical management" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377293, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Ospedale Policlinico San Martino - CUP MASTER C83C23001110006; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Anatomia Patologica e Citopatologia. CUP collegato H63C23000770006. Accettazione del finanziamento	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1063	09/09/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "PROFILES OF INTRATUMORAL MICROBIOTA IN NEUROENDOCRINE NEOPLASMS AND SOFT TISSUE SARCOMAS: NEW PERSPECTIVES FOR DIAGNOSIS, PROGNOSIS AND PREDICTION OF TREATMENT EFFICACY IN RARE TUMORS" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377644, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS Istituto Clinico Humanitas - Humanitas Mirasole S.p.A.- CUP MASTER E23C24000260006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Oncologia Clinica Sperimentale dei Sarcomi e Tumori Rari. CUP collegato H63C24000380006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1064	09/09/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Low-Intensity Extracorporeal Shockwave Therapy on Penile Rehabilitation after robot-assisted surgical treatment of genitourinary cancers" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377570, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituti fisioterapici ospitalieri - Istituto Regina Elena - CUP MASTER H53C24000260001; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Urologia. CUP collegato H63C24000680001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1065	09/09/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Biomarker identification to guide therapeutic strategy in locally advanced rectal cancer" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12378361, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS Istituto Clinico Humanitas - Humanitas Mirasole S.p.A.- CUP MASTER E23C24000250006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Chirurgia Oncologica Colon - Rettale. CUP collegato H63C24000370006. Accettazione del finanziamento	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1045	21/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "New preclinical and clinical approaches to mesothelioma, an archetypal inflammatory tumor" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377199, finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Ospedale San Raffaele - CUP MASTER C43C24000260007; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Bersagli Molecolari del Microambiente - CUP collegato H63C24000600007. Accettazione del finanziamento	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1041	21/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Radio-immunotherapy of solid tumors" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione,



			12378239, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Ospedale San Raffaele - CUP MASTER C43C24000320005; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Radioterapia – CUP collegato H63C24000540007. Accettazione del finanziamento	coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1040	21/08/2024	: Presa d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Characterization of immune genotypes and antibody profiles to foster the discovery of diagnostic biomarkers of liver cancer development (VERYMARKERS)" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377164, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Centro di Riferimento Oncologico Aviano - CUP MASTER J33C24000490001; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Biologia Molecolare e Oncogenesi Virale – CUP collegato H63C24000240001. Accettazione del finanziamento	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1043	21/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Multiomic analysis to develop a predictive signature pEural mesoThelioma-MINDSET" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377102, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Regione Piemonte; Soggetto Delegato Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - CUP MASTER H35C23003220002; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Sperimentazioni Cliniche – CUP collegato H63C24000400006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1032	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Preventive and predictive diagnostic approaches in High-risk melanoma: implications for heritability and response to therapy. The PENCIL project" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12378166, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Ospedale Policlinico San Martino - CUP MASTER C73C23000840006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale Cute, Melanoma Immunologia Oncologica Sperimentale e Terapie Innovative – CUP collegato H63C23000710006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1031	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Does prehabilitation be able to favorably impact on the pathway of head and neck cancer patients, candidate to surgery or chemoradiotherapy as primary treatment? A prospective clinical trial" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377022, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. SB - CUP MASTER B13C24001080006; Unità Operativa n. 4 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Oncologia Clinica Sperimentale Testa-Collo e Muscolo-Scheletrica – CUP collegato H63C24000410006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1030	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "New therapeutic biomarkers of Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) progression to pancreatic cancer for patients outcome improvement" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377229, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS Fondazione Policlinico Universitario A.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e



			Gemelli - CUP MASTER C53C23001140007; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Farmacologia Sperimentale – CUP collegato H63C24000440007. Accettazione del finanziamento.	rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1029	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Targeting therapy-induced paracrine signaling pathways in prostate cancer to prevent disease progression and resistance" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377496, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Regione Lazio; Soggetto delegato/UO1 Policlinico Universitario Tor Vergata - CUP MASTER E53C24000710006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Bersagli molecolari del microambiente – CUP collegato H63C24000250006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1028	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "KEAPNess: a transcriptional framework for the molecular diagnosis of immunotherapy response in lung cancer with a tumor-agnostic potential" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377963, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituti fisioterapici ospitalieri - Istituto Regina Elena - CUP MASTER H53C24000280001; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Oncologia Clinica Sperimentale Addome – CUP collegato H63C24000610001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1027	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Identification of targetable vulnerabilities in redox homeostasis pathways as a novel therapeutic approach for human T-cell malignancies" - codice n. PNRR-POC-2023-12377326, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituto Oncologico Veneto - CUP MASTER J93C24000510006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Ematologia oncologica – CUP collegato H63C24000420006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1026	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "A composite assay for HER2-positive early-stage breast cancer management" - codice n. PNRR-POC-2023-12378113, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - CUP MASTER B43C23001020001; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale S.C. Oncologia Clinica Sperimentale di Senologia – CUP collegato H63C23000730001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1025	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "DECODING THE EXTRACELLULAR VESICLES-DRIVEN COMMUNICATION IN THE MICROENVIRONMENT OF HAIRY CELL LEUKEMIA TO IMPROVE PATIENT CARE MANAGEMENT" - codice n. PNRR-TR1-2023-12377450, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS AOU S. Orsola Bologna - CUP MASTER F33C24000210006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Farmacologia Sperimentale – CUP collegato H63C24000390006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1024	09/08/2024	Preso d'atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "A proof of	S.C. Supporto amministrativo



			concept clinical trial of combination of immune checkpoint inhibition and microbiota-derived postbiotic in triple negative breast cancer patients” - codice n. PNRR-POC-2023-12378165, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale IRCCS Istituto Clinico Humanitas - Humanitas Mirasole S.p.A. - CUP MASTER E23C24000230006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Epidemiologia e Biostatistica – CUP collegato H63C24000350006 Accettazione del finanziamento.	all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1023	09/08/2024	Presenza d’atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “Scale-up the industrial development of CD99-null exTracellular vesicles (EVs) As theRapeutic Tools by using Ewing sarcoma as prototype (START)” - codice n. PNRR-POC-2023-12377841, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituto Ortopedico Rizzoli - CUP MASTER D33C24000480006; Unità Operativa n. 2 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale Animal Facility Unit – CUP collegato H63C24000520006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1022	09/08/2024	Presenza d’atto e approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “Innovative drug delivery nanophotonic platform for implementation of sarcomas therapy (DEEPLY)” - codice n. PNRR-POC-2023-12377696, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. Soggetti beneficiari: Destinatario Istituzionale Istituto Ortopedico Rizzoli - CUP MASTER D33C24000450006; Unità Operativa n. 3 Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale SC Modelli Immunologici Innovativi – CUP collegato H63C24000510006. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1016	09/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “A multimodal and multicenter approach for biobanking of biological materials and associated clinical data to improve rehabilitation in breast cancer patients with cognitive impairment” - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377323, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023 – CUP MASTER H63C24000310001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1019	09/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “Radiolabeled FPR1 Inhibitors for a Theranostic Application on Solid Tumors-RITAST” - codice n. PNRR-POC-2023-12377318, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. CUP MASTER H63C24000320001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1008	07/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “Clinically approved drugs targeting pyruvate kinase M2: a drug repurposing pathway to move forward the treatment of glioblastoma” - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377462, finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU nell’ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. CUP MASTER H63C24000340001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1002	07/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo “Extended genomic profiling of circulating tumor DNA (ctDNA) to improve precision treatment of metastatic colorectal cancer patients” - codice n. PNRR-MCNT2-2023-	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento,



			12377133, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. CUP MASTER H63C24000330001. Accettazione del finanziamento.	monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1003	07/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Spatial radiomics and transcriptomics to the discovery of the cross-link between colon cancer and chronic kidney disease in the SIRIO study" - codice n. PNRR-MCNT1-2023-12378005 finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023. CUP MASTER H63C24000300001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	1035	12/08/2024	AFFIDAMENTO DIRETTO AI SENSI DELL'ART. 50 COMMA 1 LETTERA A) DEL D.LGS 36/2023 PER LAVORI DI ADEGUAMENTO FUNZIONALE DEI LOCALI PER L'INSTALLAZIONE DI UN TOMOGRAFO DUAL ENERGY – SOMATOM DRIVE PRESSO LA SC RADIODIAGNOSTICA DELL'ISTITUTO – FONDI PNRR – CUP: H65D21000000001 – CIG: B222041427 – APPROVAZIONE E LIQUIDAZIONE I SAL	S.C. Progettazione E Manutenzione Edile Ed Impianti
Deliberazione	991	07/08/2024	AGGIUDICAZIONE - Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Sistema di microscopia in box, equipaggiato per acquisizioni" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA" – CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3.	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	951	31/07/2024	AGGIUDICAZIONE - Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Spettrometro di massa ad alta risoluzione accoppiato ad un sistema FTMS basato su tecnologia Orbitrap, (Q-Exact Plus)" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA" – CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3.	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	996	07/08/2024	Approvazione Convenzione attuativa per la regolamentazione dello svolgimento del progetto dal titolo "Valprolic acid to potentiate anti-EGFR treatment efficacy and prevent/revert resistance in colorectal cancer (VICTORIA)" - codice n. PNRR-MCNT2-2023-12377998 - sezione Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT2) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali, nell'ambito del secondo avviso pubblico PNRR M6/C2_CALL 2023 – CUP MASTER H63C24000290001. Accettazione del finanziamento.	S.C. Supporto amministrativo all'acquisizione, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dei progetti di ricerca e rapporti con gli organi istituzionali
Deliberazione	964	31/07/2024	AGGIUDICAZIONE - Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Sistema CosMx SMI Instrument" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA" – CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3.	S.C. Gestione Beni E Servizi



Deliberazione	656	31/05/2024	AGGIUDICAZIONE - PROCEDURA NEGOZIATA TELEMATICA MEDIANTE L'UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA SIAPS FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DI N. 2 TC DI CENTRATURA PER RADIOTERAPIA, FINANZIABILI CON FONDI PNRR. CIG B0C869CF24 CUP: H65D22000010001 - CUP: H64E22000770001	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	638	31/05/2024	AFFIDAMENTO DIRETTO AI SENSI DELL'ART. 50 COMMA 1 LETTERA A) DEL D.LGS 36/2023 PER LAVORI DI ADEGUAMENTO FUNZIONALE DEI LOCALI PER L'INSTALLAZIONE DI UN TOMOGRAFO DUAL ENERGY – SOMATOM DRIVE PRESSO LA SC RADIODIAGNOSTICA DELL'ISTITUTO – FONDI PNRR – CUP: H62C23000070002	S.C. Progettazione E Manutenzione Edile Ed Impianti
Deliberazione	513	10/05/2024	Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs . n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Sistema di microscopia in box, equipaggiato per acquisizioni" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA"– CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. LOTTO UNICO CIG _____	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	438	19/04/2024	Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs . n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Spettrometro di massa ad alta risoluzione accoppiato ad un sistema FTMS basato su tecnologia Orbitrap, (Q-Exactive Plus)" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA"– CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. LOTTO UNICO CIG _____	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	424	17/04/2024	Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi dell'art. 76, comma 2 lett. b) del D.Lgs . n. 36/2023, finalizzata alla fornitura in noleggio triennale, comprensivo di assistenza e manutenzione, dell'apparecchiatura "Sistema CosMx SMI Instrument" nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA"– CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. LOTTO UNICO CIG _____	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	255	05/03/2024	Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS finalizzata all'acquisizione di N. 2 TC DI CENTRATURA PER RADIOTERAPIA", finanziabili con fondi PNRR. APPROVAZIONE FABBISOGNO- DETERMINAZIONE DELLA PROCEDURA D'ACQUISTO - CUP: H65D22000010001 - CUP: H64E22000770001	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	165	21/02/2024	AGGIUDICAZIONE DEFINITIVA - PROCEDURA SOTTO SOGLIA COMUNITARIA, AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 2, LETT. B), DELLA L. N. 120/2020 E SS.MM.II., PER LA Fornitura di 3 Strumenti per analisi in Digital PCR(dPCR), compresa di PC gestionale, Training on site e Garanzia Full Risk di 24 mesi e ritiro di n. 1 apparecchiatura di Real Time	S.C. Gestione Beni E Servizi

			PCR obsoleta nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA"– CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. LOTTO UNICO CIG A0375797E5.	
Deliberazione	163	21/02/2024	AGGIUDICAZIONE DEFINITIVA - PROCEDURA SOTTO SOGLIA COMUNITARIA, AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 2, LETT. B), DELLA L. N. 120/2020 E SS.MM.II., PER LA FORNITURA DI N. 3 SISTEMI DI REAL TIME PCR DA 96 POZZETTI, COMPLETI DI COMPUTER, TRAINING, 24 MESI DI GARANZIA FULL RISK E RITIRO DI N. 3 APPARECCHIATURE DI REAL TIME PCR OBSOLETE nell'ambito del Progetto "PNRR PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA, INNOVA"– CUP: H63C22000620001, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del "Piano Nazionale Complementare Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. LOTTO UNICO CIG A03A99151D.	S.C. Gestione Beni E Servizi
Deliberazione	109	12/02/2024	AGGIUDICAZIONE DEFINITIVA - Procedura negoziata telematica mediante l'utilizzo della piattaforma SIAPS messa a disposizione dalla SORESA S.p.A. ai sensi del combinato disposto degli artt. 40 e 63, comma 2, lett. b) n. 2 del d.lgs 50/2016, finalizzata all'acquisizione di "Peptidi in standard Good Manufacturing Practice GMP, completa di documentazione per la preparazione dell'IMPD", nell'ambito del PNRR-POC-2022-12375769 "Molecular Mimicry to improve liver cancer immunotherapy". CUP H63C22000420006. CIG A022782F2E	S.C. Gestione Beni E Servizi
Determina del Direttore Generale	8	01/02/2024	OGGETTO: "Misura 1.4.3 APP IO - ALTRI ENTI (Regioni /Province autonome, Aziende sanitarie locali e ospedaliere, Università, Enti di ricerca e AFAM) SETTEMBRE 2022" - PNRR M1C1 Investimento 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE" FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA - NextGenerationEU.	Direttore Generale

2.3 Il Ciclo di Gestione della Performance

Il richiamato decreto legislativo n. 150/2009 e ss.mm.ii. recante "Attuazione della legge n. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" prevede l'applicazione da parte delle PP.AA. di un sistema che opera per obiettivi e che comprende la determinazione e assegnazione degli stessi, il relativo monitoraggio e la successiva misurazione e valutazione. Il legislatore delinea, quindi, un processo collegato alla rendicontazione dei risultati e all'utilizzo dei sistemi premianti: principi che sono sviluppati nell'integrazione normativa di cui al decreto legislativo n. 75/2017 che estende il rilievo del sistema ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche e del conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

Il Ciclo di Gestione della Performance costituisce, pertanto, il processo che conduce alla valutazione della performance aziendale, articolata nei seguenti ambiti specifici:

- Performance Organizzativa;
- Performance Individuale.

La prima fase del Ciclo di Gestione della Performance è quella della definizione degli obiettivi operativi nell'ambito di quelli strategici, con i relativi indicatori e valori.

Esso è strutturato in diverse fasi: definizione e assegnazione degli obiettivi, monitoraggio costante e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione dell'aperformance organizzativa e individuale, utilizzo dei sistemi premianti.

Tale processo si sviluppa, pertanto, 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)

In tali aree si inseriscono anche gli obiettivi di performance per la ricerca legata agli indici stabiliti dal Ministero e che di seguito si riportano:

- ✚ 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%).

La performance dei ricercatori viene, inoltre, misurata 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 istituzionale 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.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa.

Il sistema di misurazione della performance è strettamente collegato alla necessità di creare Valore Pubblico, per cui l'attribuzione degli obiettivi e la valutazione delle performance devono essere condotte nell'ottica del miglioramento dei servizi, nel rispetto degli elementi di cui si compone il valore pubblico, tra cui la legalità, la buona organizzazione, l'accountability, l'efficienza, l'economicità e la programmazione.

Esso, previo parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), costituisce un elemento indispensabile per rilevare e misurare il risultato dell'Istituto in termini di appropriatezza, soddisfazione dell'utenza e di economicità di gestione.

L'Istituto, ai fini della rendicontazione delle attività programmate, ha adottato con delibera del D.G. 158/2023 un nuovo sistema di misurazione della performance organizzativa ed individuale da gestire attraverso una piattaforma informatica.

Ebbene, la regolamentazione di che trattasi (delibera 158/2023) prevede che la valutazione della performance organizzativa sia determinata sulla base dei risultati raggiunti:

- 1) dall'Istituto nel suo complesso, quale media aritmetica dei risultati di performance organizzativa dei Dipartimenti;
- 2) dai Dipartimenti, dalle SS.CC. e SS nonché SSD (in relazione agli obiettivi assegnati) su cui si riverbera (in termini percentuali diversi) la performance organizzativa afferente alla struttura gerarchicamente superiore.

Inoltre, gli obiettivi di performance organizzativa sono oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno al fine di consentire all'Istituto di adottare eventuali interventi correttivi che incidano sull'indicatore e/o target atteso allorquando, per cause imprevedibili e indipendenti dalla volontà ed efficienza delle strutture, non sia possibile conseguire l'obiettivo nei termini pianificati.

Al termine dell'esercizio, attraverso l'attività di monitoraggio, l'Istituto acquisisce i risultati della performance organizzativa che, una volta certificati dall'OIV, sono sintetizzati nella Relazione sulla Performance che costituisce il documento di rendicontazione dei risultati agli stakeholder interni ed esterni.

Tale documento, validato dall'OIV, completa il Ciclo di Gestione della Performance e dà avvio al processo di valutazione della performance individuale, sulla base degli obiettivi individuali assegnati ovvero, per l'area del comparto, sulle aree di comportamento individuate dalla citata delibera del D.G. 158/2023.

Performance Individuale.

La valutazione della performance individuale ha periodicità annuale e tiene conto dei nuovi sviluppi normativi determinati dalla delocalizzazione della prestazione lavorativa (lavoro agile) nonché della performance organizzativa della struttura di appartenenza che impatta, in misura diversa, per il comparto (in relazione all'area di appartenenza) e per la dirigenza (all'inquadramento nel ruolo).

La procedura di valutazione attiene alla rendicontazione:

- 1) dei risultati conseguiti in merito agli obiettivi individuali, assegnati al Dirigente in coerenza con quelli della struttura di appartenenza e tenendo conto delle attività del dipendente, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti e dei livelli di responsabilità (laddove previsto dal SMiVaP – delibera del D.G. 158/2023 per la dirigenza e per il personale del comparto con incarico);
- 2) dei valori in cui incasellare le aree dei comportamenti di cui alla Delibera 158/2023.

Le aree del comportamento, così come definite dalla delibera 158/2023, poi costituiscono l'unico parametro di valutazione per il personale di comparto senza incarico.

In relazione a quanto pianificato e all'andamento delle attività assegnate al dipendente, il superiore gerarchico procede alla valutazione individuale su cui, comunque, si riverbera la performance della struttura di appartenenza in quanto il dipendente deve essere valutato sia nella dimensione individuale che come parte di un team, all'interno di un processo globale di condivisione delle missioni, delle strategie e degli obiettivi dell'Istituto.

CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE



2.3.1. Piano della Performance –

Gli obiettivi 2025 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 all'Istituto con D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019 e nr. 36 del 02/02/2021 nonché 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.

A tal fine sono stati individuati azioni ed obiettivi specifici volti a sensibilizzare tutti gli operatori aziendali sulle tematiche di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, nonché la corretta applicazione degli adempimenti previsti dalla normativa di settore (D. Lgs. n. 33/2013 e Legge n. 190/2012).

Pertanto l'Istituto definiti le Aree e gli obiettivi strategici ha determinato gli Obiettivi Operativi delle singole strutture di Dipartimento che andranno a riverberarsi sulle Strutture complesse, Semplici Dipartimentali nonché di quelli semplici.

Dando attuazione a quanto disposto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (delibera D.G. 158/2023) gli Organi di vertice hanno condiviso gli obiettivi con il Collegio Di Direzione, convocato in data 28/01/2025 (nota del Commissario straordinario 2740 del 23/01/2025) per la disamina degli obiettivi dipartimentali (area sanitaria e scientifica) e, invece, per singole strutture complesse e ssd per quanto concerne gli obiettivi del Dipartimento dei Servizi Strategico/ Amministrativo e Tecnico Professionale

L'attuale programmazione aziendale è riportata negli allegati:

- allegato nr.1- obiettivi del Dipartimento dei Servizi Strategico/Amministrativi;
- allegato nr.1.2 -obiettivi del Dipartimento dei Servizi Tecnico/ Professionali;
- allegato nr.2- obiettivi dipartimentali area sanitaria;
- allegato nr.3 -obiettivi scientifici Direzione Scientifica e Dipartimneto Ricerca;
- allegato nr.4 – obiettivi scientifici Area Clinica.

2.4. 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 al fine di 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/pagina766_codice-disciplinare-e-codice-di-condotta.html per il contrasto alla violenza di genere.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità 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) 2023-2025 dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, inserito nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) approvato con deliberazione n. 70 del 30/01/2024, proponeva per il 2024 azioni in tre ambiti di intervento: **1) promuovere la cultura delle pari opportunità e contro la discriminazione; 2) migliorare il benessere lavorativo; e 3) rimuovere i fattori che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.** La prima azione è stata realizzata con l'organizzazione e promozione di vari eventi formativi e informativi sui temi sulle pari opportunità e contro la violenza, tra cui l'evento «Dignità Uguali, Uguali Diritti - Le discriminazioni sui luoghi di lavoro e le azioni di contrasto» organizzato dal CUG e GEP dell'IRCCS Pascale, in collaborazione con il tavolo tecnico dei CUG e la Consigliera di Parità della Regione Campania (10.10.2024). La seconda azione è stata avviata mediante la somministrazione di una check-list predisposta dall'INAIL per la valutazione dello stress lavoro-correlato a cura di un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal Servizio di Prevenzione e Protezione. La terza azione è stata realizzata con la rimozione di possibili disuguaglianze di genere nella conduzione di attività sperimentali e cliniche, particolarmente nell'ambito del coordinamento dei progetti di ricerca e nell'organizzazione di eventi formativi.

In considerazione delle azioni del PAP pianificate e realizzate nel 2024 il CUG, in collaborazione con gli uffici competenti dell'Amministrazione, il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio di Medicina Preventiva e del Lavoro, il GEP ed il Servizio di Psiconcologia, programma azioni aggiuntive dirette alla realizzazione delle finalità previste dalla Direttiva n. 2/2019 e riferite ai tre principali ambiti di intervento dettagliati di seguito.

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE PER L'ANNO 2025

1. Promuovere la cultura delle pari opportunità e contro la discriminazione. La formazione, l'informazione e la promozione della cultura delle pari opportunità sono strumenti fondamentali per rimuovere le disuguaglianze di genere e favorire un ambiente di lavoro inclusivo. L'obiettivo

è eliminare i fattori che perpetuano le differenze tra persone di genere diverso, garantendo una distribuzione equilibrata in tutti i ruoli aziendali, attraverso politiche di sensibilizzazione, educazione e azioni concrete di inclusività.

1.1 Promozione delle 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 con diverse modalità che includono la pubblicazione sul portale dell'Istituto di 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 affinché il personale venga aggiornato sulla possibilità di effettuare smart working/tele-lavoro nonché in merito ai congedi e permessi riconosciuti alle donne dalle disposizioni vigenti e la possibilità di donare e usufruire di ferie solidali. 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 Programma di sensibilizzazione al contrasto del linguaggio discriminatorio e per la comunicazione rispettosa delle differenze di genere. La sensibilizzazione al contrasto del linguaggio discriminatorio è affrontata con diverse iniziative. Nel corso del 2025 è programmata una indagine anonima, coordinata dal Servizio di Psicologia e dal GEP, che consiste nella distribuzione a tutti gli uffici/reparti dell'Istituto di una box all'interno della quale i dipendenti possano inserire la loro testimonianza anonima su un evento che li ha visti oggetto di discriminazione. Inoltre il GEP ha predisposto un *vademecum* per l'utilizzo di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere, condiviso con il CUG e la Consigliera di Parità della Regione Campania, che verrà sottoposto per la definitiva adozione del provvedimento nel 2025 e a cui verrà data ampia diffusione tra tutti i dipendenti dell'IRCCS.

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 ha avviato il monitoraggio sulla valutazione dello stress lavoro-correlato, ai sensi del d.lgs. 81/2008. Il gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e dal medico Competente, si occupa dello svolgimento dell'indagine e della progettazione di interventi preventivi e migliorativi previsti nel documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato. 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 per il 2025, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, la seconda edizione 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 Lavoro agile e telelavoro. La fruizione delle 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 2024, ha valutato che l'attività lavorativa in modalità lavoro agile ammontava a 3958 giorni e che tale attività è svolta principalmente dalle donne per un totale di 2265 giorni (57%). Nel 2025 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 contribuirà alla promozione e alla 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. 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.

2.4 Ferie solidali. Il CUG sostiene e supporta l'Amministrazione nell'attuazione delle diverse azioni finalizzate a garantire la fruizione delle ferie 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. 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. In particolare, in occasione dell'8 marzo (Giornata Internazionale della Donna) e del 25 novembre (Giornata contro la Violenza sulle Donne) è programmata l'organizzazione di eventi di sensibilizzazione sulla parità di genere, le conquiste delle donne e le sfide attuali. In occasione di tali eventi saranno invitate/i esperte/i o attiviste/i per discutere tematiche di empowerment femminile o storie di donne che hanno fatto la differenza.

3.2 Certificazione di genere. Al fine di rafforzare la tutela delle pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo l'Istituto intende avviare un percorso di certificazione della parità di genere in attuazione alla strategia nazionale per la parità di genere. Il processo di certificazione richiede una verifica della prassi

aziendali con riferimento a sei aree determinate: cultura e strategia, governance, processi HR, opportunità di crescita e inclusione, equità remunerativa, tutela genitorialità e conciliazione vita-lavoro. Per ciascuna area sono indicati degli specifici KPI. In tale ottica il GEP ha avviato l'indagine interna per le rilevazioni di dati al fine di stabilire le misure da intraprendere e, nel contempo, è stato predisposto l'avvio all'avviso esplorativo per l'acquisizione di manifestazioni di interesse finalizzate all'individuazione di un operatore economico al quale affidare il servizio. Resta comunque inteso che l'iter di certificazione si rivolge direttamente alle amministrazioni, in particolare agli uffici di vertice o a quelli incaricati della gestione delle risorse umane, ed entra nel merito delle azioni utili a migliorare la parità di genere nella Pubblica amministrazione. È importante sottolineare, inoltre, che la certificazione di genere è collegata 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 documento è stato discusso e approvato dal CUG nella riunione del 18/12/2024.

Inoltre, in data la 23/12/2024, con nota prot. 575 /2024 / CP - PG/2024/0610578, la Consigliera di Parità Regionale Campania, in ossequio alla Direttiva 2/19 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha comunicato al Presidente del CUG quanto testualmente si riporta: *"nel complimentarmi per le azioni significative già realizzate e per le azioni programmate per l'anno 2025, esprimo parere favorevole"*.

In pari data, infine, il CUG ha trasmesso la citata proposta, con corredo documentale di afferenza, al sub-commissario con funzioni amministrative che ha sottoposto l'atto alla preventiva valutazione dell'OIV che si è espresso, a sua volta, positivamente in merito (nota acquisita al prot. nr. 458 del 07/01/2025)

**PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2025/2027**

AGGIORNAMENTO 2025

PREMESSA NORMATIVA

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2025-2027 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 inconferibilità, 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;
- La Deliberazione N. 70 del 30/01/2024 Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 – 2026;
- la 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”;
- Determina del Direttore Generale N. 93 del 23/10/2023 “Nomina componenti del Nucleo ad hoc”;
- La 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”;
- La 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”;
- il 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”; la 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; l
- 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 Anac n. 601 del 19 dicembre 2023 “Modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023”;
- la Delibera n. 605 del 19/12/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione-Aggiornamento 2023”.
- Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi.

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 08/01/2025, 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-2025-2027/>

Alla data del 18/01/2025, termine di scadenza dell'avviso, non sono pervenute osservazioni e/o suggerimenti, da valutare per l'aggiornamento del Piano 2025/2027.

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 Commissario Straordinario 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. n. 685 del 08.01.2025

⁶ Nota Prot. n. 921 del 09.01.2025

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 mediante 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 efficaci 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 2025 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'inculpato.

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

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 Commissario Straordinario.

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 Commissario Straordinario. 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.

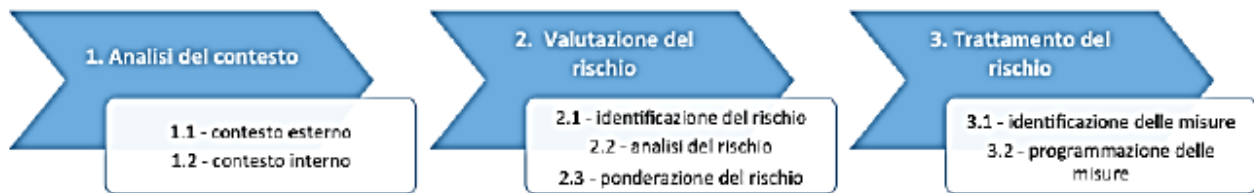
2. Metodologia per la gestione del rischio

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.

amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

Fig. 1 – Fasi del processo di gestione del rischio¹³



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.

¹³ Fonte, Aggiornamento 2015 al PNA.

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».

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 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

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.

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 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 2025-2027, nell'Allegato 3 al presente Piano.

5.1 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 2025, 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 2024

Considerando, dunque, le determinanti del processo di gestione del rischio corruzione e gli obiettivi programmati di cui all'Allegato 2 al PTPCT 2024/2026, 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 2025 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.

Data la specificità, la portata e il numero di soggetti coinvolti, si è ritenuto necessario trattare i rischi e le misure suggerite nella Tabella 1 al PNA 2023, in un apposito tavolo tecnico, che analizzasse l'aggiornamento dei rischi corruttivi alla luce del nuovo dettato normativo e del PNNR ed in particolare delle misure di mitigazione più adatte alla realtà organizzativa/gestionale dell'Istituto.

I lavori del tavolo tecnico hanno coinvolto i punti ordinanti dell'Istituto: SC Beni e Servizi, SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti e S.C. Supporto Amministrativo Ricerca e l'RPTC e la struttura di supporto e sono iniziati con l'avvio delle attività del PTPCT, per svolgersi poi durante tutto il 2024, nelle seguenti date: 19 marzo, 2 aprile, 23 aprile, 25 giugno e 9 dicembre.

Le attività hanno interessato l'analisi di ogni nuovo rischio corruttivo suggerito dall'Anac e la valutazione sull'adattamento dello stesso alla sostenibilità economica e organizzativa delle misure e alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, nonché la scelta delle procedure più adatte a minimizzarne la portata. Le risultanze di tali attività sono confluite nella modifica dell'allegato 2 al presente piano per la parte relativa alla sezione Contratti pubblici che presenta n. 15 e relative misure per i contratti ordinari e n.6 e relative misure per i contratti relativi ai fondi del PNNR per ciascun punto ordinante. Nello stesso tavolo è stata valutata la ponderazione di ciascun rischio attribuendone il valore medio secondo la scala metodologica già individuata con il PTPCT 2021-2023.

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 e poi con Delibera n. 1157 del 03/11/2023.

Obiettivi 2024

In linea con la normativa anticorruzione, l’Istituto per il 2024 prevedeva la piena osservanza delle disposizioni contenute nel Codice di comportamento aziendale (Delibera n. 1157 del 03/11/2023), 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. 0009062/i del 07/03/2024, ad oggetto “Avvio delle attività conseguenti l’adozione del PTPCT 2024/2026 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.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2024

La tabella sotto riportata sintetizza i risultati conseguiti per l’anno 2024 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. 0001834/i del 16/01/2025	<p>Con nota Prot. n° 17059 del 14/05/2024 sono stati illustrati e riassunti gli adempimenti da porre in essere, che di seguito si riportano e che sono stati rispettati pedissequamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 stesso all’atto della sottoscrizione del contratto; • nei contratti di collaborazione o di consulenza inserimento di una apposita clausola che prevede il richiamo al rispetto del Codice di comportamento e l’inserimento di apposite disposizioni di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Regolamento; • inserire nei contratti di lavoro il seguente link https://istitutotumorina.portaleamministrazionetrasparente.it/archivio19_regolamenti_0_3768.html contenente la deliberazione n. 1157 del 03/11/2023 “Adozione del codice di comportamento aziendale - aggiornamento anno 2023”.
Diffusione codice ai di collaborazioni o di consulenza	SC Gestione Beni e Servizi	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l’adozione del PTPCT 2024-2026
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001085/i del 10/01/2025	La SC Avvocatura e Affari Legali non ha conferito incarichi di collaborazione e/o consulenza cui poter diffondere il codice di comportamento aziendale.
	S.C. Supporto Amministrativo o Ricerca		Nessun riscontro alla nota di monitoraggio finale del RPCT
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002203/i del 20/01/2025	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.
	Direzione Scientifica-Ufficio Formazione		Nessun riscontro alla nota di monitoraggio finale. Tuttavia, in sede di monitoraggio intermedio, ha dichiarato con nota Prot. 0037425/i del 05/11/2024: In relazione alle attività inerenti il codice di comportamento si è provveduto ad estendere l’informativa al personale afferente a questo Ufficio, nonché l’invito agli stessi a prendere visione e ad attenersi alle direttive riportate nella delibera 1157 del 03/11/2023 così come da indicazioni citate nella nota Prot.9062.
Grado partecipazione eventi formativi	SC Affari Generali/RPCT		Con mail indirizzata a “Utenti Tutti” del 19/06/2024, i dipendenti dell’Istituto sono stati informati della attivazione del nuovo percorso formativo dedicato alla strategia di prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa sul portale Syllabus. Con successiva mail del 10/09/2024 tutto il personale è stato invitato ad accedere al Portale Syllabus per fruire del programma



			formativo dal titolo “Conoscere le strategie per promuovere la trasparenza e combattere la corruzione” e, nel dettaglio, del modulo dedicato al CODICE DI COMPORTAMENTO dei dipendenti pubblici. Dai dati estratti dal Portale Syllabus risulta che n. 152 discenti hanno completato il corso e hanno superato il test di post formazione.												
Violazioni del Codice	UPD Dirigenza	Prot. 0002015/ i del 17/01/20 25	<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/2024)</td> <td>Violazione art. 47 comma 2 del CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.a) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.c) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.d) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 3 1 cpv Principi generali Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 3 2 cpv Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 11 2 e 3 comma Codice di comportamento</td> <td>In itinere</td> </tr> <tr> <td></td> <td>aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito	1 (fascicolo 1/UPDD/2024)	Violazione art. 47 comma 2 del CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.a) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.c) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.d) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 3 1 cpv Principi generali Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 3 2 cpv Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 11 2 e 3 comma Codice di comportamento	In itinere		aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023.				
	Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito												
1 (fascicolo 1/UPDD/2024)	Violazione art. 47 comma 2 del CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.a) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.c) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 47 comma 3 lett.d) CCNL area sanità triennio 2019/2021; violazione art. 3 1 cpv Principi generali Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 3 2 cpv Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023; violazione art. 11 2 e 3 comma Codice di comportamento	In itinere													
	aziendale adottato con Deliberazione n.1157 del 3/11/2023.														
	UPD Comparto	Prot. 0002014/ i del 17/01/20 25	<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/UPDC/2024)</td> <td>Violazione art.83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 11 codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazione n.1157/2023.</td> <td>RIMPROVERO SCRITTO</td> </tr> <tr> <td>2 (fascicolo 2/UPDC/2024)</td> <td>Violazione art. 83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità,</td> <td>IN ITINERE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>violazione art. 3 comma 4 del Codice di Comportamento aziendale.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito	1 (fascicolo 1/UPDC/2024)	Violazione art.83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 11 codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazione n.1157/2023.	RIMPROVERO SCRITTO	2 (fascicolo 2/UPDC/2024)	Violazione art. 83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità,	IN ITINERE		violazione art. 3 comma 4 del Codice di Comportamento aziendale.	
Numero procedimenti avviati	Tipo di infrazione contestata	esito													
1 (fascicolo 1/UPDC/2024)	Violazione art.83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 11 codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazione n.1157/2023.	RIMPROVERO SCRITTO													
2 (fascicolo 2/UPDC/2024)	Violazione art. 83 comma 1 del vigente CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021; violazione art.83 commi 2 e 3 lett.a) del vigente CCNL; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità; violazione art. 83 comma 3 lett. f) del vigente CCNL Comparto Sanità,	IN ITINERE													
	violazione art. 3 comma 4 del Codice di Comportamento aziendale.														

Obiettivi 2025

L’Istituto ripropone le stesse azioni previste per l’anno 2024.

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 2024-2026, che il presidio dell'area conflitto di interessi è stato inserito nel Piano della Performance 2025-2027 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 2024

Con nota Prot. 0009066/i del 07/03/2024, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024/2026 dell'Istituto "G. Pascale" – Obbligo di astensione per conflitto di interessi, anche potenziale" 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. 0001845/i del 16/01/2025) ha comunicato che, con nota Prot. 17154 del 14/05/2024, tutti i dipendenti sono stati informati dell'esistenza dell'obbligo e delle modalità di assolvimento.

Obiettivi 2025

La misura viene riproposta anche per l'annualità 2025.

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 2024-2026 (Prot. 0009837/i del 14/03/2024), 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 2024

I risultati conseguiti per l'anno 2024 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	SC Gestione Beni e Servizi	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026

personale dipendente. B) Diffusione conoscenza obbligo astensione tra i soggetti esterni	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003170/i del 27/01/2025	Attesa l'assenza della Direttrice della Struttura Complessa, cui ha fatto seguito solo di recente la nomina di un Direttore ad interim (Delibera n.1 del 03/01/2025), la struttura non ha potuto adempiere compiutamente alla misura.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002369/i del 21/01/2025	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 2025

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2025.

7.2.3. Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nella formazione di commissioni di gara

In sede di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026 (nota Prot. 0009850/i del 14/03/2024) è stata richiamata l'attenzione sulle disposizioni dell'art. 93, comma 5, lett. a), b) e c) del D.Lgs. n. 36/2023. In particolare, non possono essere nominati commissari:

- coloro che nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione sono stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante;
- coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale;
- coloro che si trovano in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura. Costituiscono situazioni di conflitto di interessi quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

In riferimento alla richiamata previsione, al momento dell'accettazione dell'incarico, i commissari, compreso il RUP, dichiarano l'inesistenza delle cause di inconferibilità, incompatibilità e 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.

Lo stesso RUP è tenuto a sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese e ad effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni, controllando che siano state rese correttamente. La verifica della dichiarazione resa dal RUP è, invece, svolta dal responsabile dell'ufficio di appartenenza o dal superiore gerarchico. Tali verifiche sono, inoltre, dirette ad accertare e far valere eventuali situazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi dichiarate dai commissari di gara.

Alle verifiche di correttezza delle dichiarazioni si affiancano, poi, quelle finalizzate ad accertare la veridicità delle informazioni rese dai dichiaranti. A tal fine, vengono individuate le seguenti procedure:

- 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;
- le verifiche di incompatibilità**, saranno effettuate dal Nucleo Ispettivo Interno.

Infine, si comunica che, secondo quanto richiesto dall'Autorità col PNA 2022, che il RUP 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.**

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2024

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. 0003159/i del 27/01/2025	La struttura è interessata, per effetto di atti formali dell'Amministrazione, allo svolgimento di procedure di gara soltanto in forma residuale. Pertanto nell'anno 2024 per le procedure di approvvigionamento dei beni e servizi della ricerca espletati ai sensi dell'art. 36 del D.L.vo 36/23 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	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026
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. 0002194/i del 20/01/2025	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 sulla dichiarazione resa dal RUP	SC Supporto amministrativo	Prot. 0003159/i del 27/01/2025	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
Verifica del RUP delle dichiarazioni rese dai commissari e del responsabile di struttura sulla dichiarazione resa dal RUP	SC Beni e servizi	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026
Verifica del RUP delle dichiarazioni rese dai commissari e del	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002194/i	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche

responsabile di struttura sulla dichiarazione resa dal RUP		del 20/01/2025	
Attestazione assenza conflitto di interessi effettuata dal RUP e inserimento all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione.	SC Supporto amministrativo	Prot. 0003159/i del 27/01/2025	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	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026
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. 0002194/i del 20/01/2025	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. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato le procedure anno 2023.
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità rese dai commissari e dal RUP	SC Supporto amministrativo	Prot. 0003159/i del 27/01/2025	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	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità rese dai commissari e dal RUP	SC Progettazione e manutenzione edile e impianti	Prot. 0002194/i del 20/01/2025	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche

Obiettivi 2025

Per il 2025, si ripropongono le medesime azioni previste per il 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 2024-2026 (nota Prot. 0009853/i del 14/03/2024), 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 corretta 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 2024

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 e all'Ufficio del dipendente	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002769/i del 23/01/2025	<p>1. Predisposto la nota prot. n° 17065 del 14/05/2024 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"> - <u>Sottoporre a ciascun dipendente</u> alla firma del contratto (all'atto dell'assunzione, di assegnazione o cambio assegnazione e all'atto dell'instaurazione di ciascun rapporto) il modello n. 2, allegato alla presente; - <u>Diffondere la conoscenza</u> dell'obbligo della comunicazione degli interessi finanziari e conflitto di interesse; - <u>Comunicare ai predetti dipendenti</u> che il suddetto modello dovrà essere consegnato al Responsabile della Struttura di assegnazione, che valuterà la suddetta dichiarazione; - <u>Rammentare</u>, inoltre, agli stessi che sono tenuti "a rendere una nuova dichiarazione laddove dovessero intervenire fatti o condizioni che comportino variazioni di situazioni/stati già dichiarate"; - <u>Sottoporre alla firma del contratto, per i soli dirigenti, prima di assumere le sue funzioni, anche il modello n. 3, allegato alla presente</u> che resterà agli atti della scrivente UOC; l'obbligo di comunicazione deve essere assolto entro 15 giorni dal conferimento dell'incarico; <p>Per ciò che concerne il modello n. 2 si comunica che la scrivente UOC ha somministrato a tutto il personale neo assunto e al personale destinatario di incarico (es. Ipas o Struttura) nel corso dell'anno 2024 il suddetto modello e che lo stesso è stato acquisito agli atti della Struttura.</p>

			Per il personale che ha cambiato assegnazione, il Modulo 2 è stato regolarmente consegnato al dipendente, ma non ancora trasmesso alla medesima SC Gestione Risorse Umane per il successivo inserimento nel fascicolo personale.
Osservanza delle disposizioni particolari per i dirigenti, controllo delle dichiarazioni e valutazione delle eventuali situazioni di conflitto di interessi	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002769/i del 23/01/2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposto la nota prot. n° 17342 del 15/05/2024 a tutti di dirigenti invitando gli stessi "all'osservanza delle disposizioni particolari previste per i dirigenti ovvero sia di rendere annualmente un'apposita dichiarazione concernente le "partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari", trasmettendo altresì il mod. 3 "Comunicazione Partecipazioni Azionarie e Interessi Finanziari"; 2. Sollecitato ai dirigenti l'invio della dichiarazione di cui al punto che precede e che, all'attualità n. 92 dirigenti comunque non hanno inviato la richiamata dichiarazione; 3. dei dirigenti che hanno reso il Modulo 3, n. 3 hanno comunicato un potenziale conflitto di interessi. Tali dichiarazioni sono state verificate dal Direttore della SC Gestione Risorse Umane. Dalla valutazione non è emerso alcun conflitto di interessi.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato un campione delle dichiarazioni rese nell'anno 2023.

Obiettivi 2025

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2025. In aggiunta, si provvederà a sollecitare, compulsando la SC Gestione Risorse Umane, l'acquisizione delle dichiarazioni di cui al Modulo 2 e 3 presso il personale inadempiente.

7.2.5 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 2024

In sede di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026, con nota Prot. 0009867/i del 14/03/2024, 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 2024.

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. B) Verifica completezza e correttezza delle dichiarazioni, valutazione insussistenza di situazioni di conflitto	SC Gestione Beni e Servizi	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003155/i del 27/01/2025	La 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. 0002197/i del 20/01/2025	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. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato le procedure anno 2023.

Azioni 2025

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2025.

7.2.6 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 2024-2026, con nota Prot. 0009883/i del 14/03/2024, 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 risolto, 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 2024

Con nota Prot. 0002537/i del 22/01/2025, la SC Gestione Risorse Umane ha comunicato di aver correttamente applicato la misura.

Obiettivi 2025

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2025.

7.2.7 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 2024-2026 (Prot. 0009896/i del 14/03/2024) 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

nonchè 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 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 2024

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
A) Acquisizione dichiarazioni assenza conflitti d'interessi, lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche o di attività professionali.	SC Gestione Beni e Servizi	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che nel corso del 2024 la Struttura non ha conferito incarichi di collaborazione e consulenza.
	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002538/i del 22/01/2025	Sono state fornite le opportune indicazioni al personale interno per l'attuazione della misura. In ogni caso, per l'anno 2024, la SC Gestione Risorse Umane non ha conferito incarichi di collaborazione e/o consulenza.
B) Pubblicazione della dichiarazione relativa a incarichi o la titolarità di cariche o attività professionali;	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003170/i del 27/01/2025	Attesa l'assenza della Direttrice della Struttura Complessa, cui ha fatto seguito solo di recente la nomina di un Direttore ad interim (Delibera n.1 del 03/01/2025), la struttura non ha potuto adempiere compiutamente alla misura.
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002210/i del 20/01/2025	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 all'atto del conferimento dell'incarico



C) Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi e relativa pubblicazione	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001088/i del 10/01/2025	Per quanto riguarda il periodo dal 01.12.2024 al 31.12.2024 la struttura comunica di non aver conferito incarichi.
	Dir. Scientifica/Ufficio Formazione		Nessun riscontro alla nota di monitoraggio finale. Tuttavia, in sede di monitoraggio intermedio, ha dichiarato con nota Prot. 0037425/i del 05/11/2024: In riferimento alla nota in oggetto si comunica che sono stati recepiti ed integrati alla nostra modulistica i modelli 5 Ver.2024 e 5.1 Ver.2023 relativi alla dichiarazione di assenza di conflitti di interessi e all' attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto.
Verifiche di veridicità delle dichiarazioni rese	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002538/i del 22/01/2025	Non ha conferito incarichi di collaborazione e/o consulenza.
	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003170/i del 27/01/2025	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002210/i del 20/01/2025	La struttura non fornisce informazioni sulle modalità seguite per effettuare le verifiche
	SC Affari Generali/RPCT		Ha correttamente adottato la misura prevista con riferimento ai membri del Collegio Sindacale all'atto del conferimento dell'incarico.
	SC Avvocatura e Affari Legali	Prot. 0001088/i del 10/01/2025	Per quanto riguarda il periodo a struttura comunica di non aver conferito incarichi.
	Dir. Scientifica/Ufficio Formazione		Nessun riscontro è pervenuto alla richiesta di sollecito del RPCT in nota Prot. 0001944/i del 17/01/2025
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.

Azioni 2025

Si conferma la procedura in essere anche per l'anno 2025.

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 2024

Nel prospetto che segue vengono rendicontate le attività svolte dalle competenti strutture per concretizzare la misura in esame per l'anno 2024, così come dettagliate dal RPCT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026 dell'Istituto (Prot. 0009896/i del 14/03/2024).

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	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0001841/i del 16/01/2025	La misura "– Conflitto di interessi nel conferimento di incarichi extraistituzionali" è stata applicata. Ha così predisposto la nota prot. n° 17076 del 14/05/2024 di remind a tutto il personale dipendente trasmettendo contestualmente il modulo 6 e invitando ad una attenta lettura delle prescrizioni contenute nella nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT.

conflitto da parte del Responsabile del Servizio/Struttura che autorizza l'incarico			
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato le procedure anno 2023.

Obiettivi 2025

Si conferma la misura anche per l'anno 2025.

7.2.9 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Con nota Prot. Prot. 0009912/i del 14/03/2024, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024/2026 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. 0001838/i del 16/01/2025):

- ha predisposto la nota prot. n° 17074 del 14/05/2024 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° 17071 del 14/05/2024 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 2025

Si conferma la misura anche per l'anno 2025.

7.2.10 Conflitto di interessi nella stipula delle convenzioni

Accogliendo le raccomandazioni dell'Autorità, nell'ambito delle convenzioni attive, è stato chiesto alle strutture competenti in sede di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026, nota Prot. 0012069/i del 02/04/2024, di acquisire dai soggetti incaricati l'apposita dichiarazione di assenza conflitto di

interessi all'uopo predisposta (Modello 10-Convenzioni). In sede di rendicontazione finale, con nota Prot. 000501/i del 07/01/2025, è stato chiesto alle medesime strutture di relazionare sulle attività poste in essere di rispettiva competenza.

Conflitto di interessi nella stipula delle convenzioni			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi; B) Verifica completezza e correttezza delle dichiarazioni da parte del Responsabile del Servizio/Struttura che ha formalizzato l'atto convettivo	SC Affari Generali		Ha acquisito regolarmente la documentazione e verificato la completezza e correttezza delle dichiarazioni da parte del Responsabile del Servizio/Struttura che ha formalizzato l'atto convettivo
A) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi; B) Verifica completezza e correttezza delle dichiarazioni da parte del Responsabile del Servizio/Struttura che ha formalizzato l'atto convettivo	S.C. Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003285/i del 27/01/2025	Non è tenuta a somministrare la modulistica prevista (Modulo 10) in quanto attesa la tipologia di convenzioni stipulate dalla struttura che vede come soggetti convenzionati università e altri enti ospedalieri.
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003051/i del 27/01/2025	Ha effettuato le verifiche per dichiarazioni acquisite dalla SC Affari Generali.

Obiettivi 2025

Si conferma la misura anche per l'anno 2025.

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 2024-2026 (Prot. 0009940/i del 14/03/2024).

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 ricoprano 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 2024

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. 0002772/i del 23/01/2025	1. Predisposto la nota prot. n° 17052 del 14/05/2024 indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere.
Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002772/i del 23/01/2025	2. Predisposto la nota prot. n° 17077 del 14/05/2024 (allegato 2) di richiesta annuale al personale dirigente titolari di incarico non sanitario della dichiarazione annuale sulla insussistenza di cause di incompatibilità di cui al decreto 39/20213 e provveduto alla relativa pubblicazione.



incompatibilità annuale			
Verifica a campione veridicità dichiarazioni di inconferibilità	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002772/i del 23/01/2025	3. Ha provveduto ad inviare al Casellario giudiziario la richiesta massiva di “verifiche anticorruzione” del personale dirigente titolare di incarico non sanitario che ha reso la dichiarazione per l’anno 2024 di “Inconferibilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 08/04/2013 n. 39”, i cui esiti sono stati trasmessi dal casellario della Procura di Napoli, con pec prot. n. 311 del 03/01/2025, con esito “nullo”.
Richiesta, acquisizione e pubblicazione dichiarazioni inconferibilità 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. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato le procedure anno 2023.

Obiettivi 2025

Per il 2025 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 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 2024

Con nota Prot. Prot. 0009946/i del 14/03/2024 sono state fornite le necessarie indicazioni alla SC Gestione Risorse Umane per dare concreta attuazione alla misura, mentre con Prot. 0002949/i del 24/01/2025, in sede di rendicontazione finale, la stessa struttura ha così sintetizzato quanto realizzato:

- ha predisposto la nota prot. n° 21843 del 20/06/2024 con la quale ha inviato al personale dipendente con caratteristiche dell'art 35 bis del D.lgs. 165/2001 il modello 8.2 per la compilazione e l'invio alla scrivente UOC;
- ha predisposto il sollecito *ad personam* a mezzo email istituzionale in data 31/07/2024 agli inadempienti;
- ha effettuato, per il tramite del servizio "Certificato casellario per le Pubbliche Amministrazioni" – CERMAS, le verifiche previste e si è in attesa degli esiti.

All'attualità n. 13 dipendenti risultano ancora inadempienti.

Obiettivi 2025

Per il 2025 si conferma la procedura di gestione in essere e si provvederà ad inviare un ulteriore sollecito ai n. 13 dipendenti di cui sopra al fine di acquisire le previste dichiarazioni.

7.3.2 Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nella formazione di commissioni 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.

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. Inoltre, atteso che i componenti delle commissioni di concorso vengono equiparati dall'ANAC (PNA 2019) ai consulenti o collaboratori, oltre alle dichiarazioni previste in tema di inconfiribilità 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.

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. 0009954/i del 14/03/2024, di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026, l'RPCT ha chiesto alla SC Gestione Risorse Umane e al Nucleo Ispettivo Interno di dar eseguito e applicazione alle attività previste.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2024

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

Inconfiribilità e incompatibilità nella formazione di commissioni di concorso			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
A) Acquisizione dichiarazione inconfiribilità 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 correttezza delle	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002773/i del 23/01/2025	<p>La misura "Inconfiribilità e incompatibilità commissioni di concorso" è stata applicata. Difatti, al fine di procedere all'avvio e alle attività intraprese inerenti la misura la scrivente UOC ha:</p> <p>1. <u>Predisposto</u> la nota prot. n° 17034 del 14/05/2024 indirizzata, tra l'altro, al personale competente per l'esecuzione, illustrando e riassumendo gli adempimenti da porre in essere che di seguito si riportano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Sottoporre</u> a ciascun componente di commissione di concorso il modello 10 "Dichiarazione dei componenti di commissioni selettive di accesso a pubblici impieghi"; - <u>Procedere</u>, dopo la dichiarazione resa dal componente nel modello 10 sez. A, all'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi con il modello 5.1 "Attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 53 D.lgs. 165/2001 e successive modificazioni" - <u>Pubblicare</u> nella sezione Amministrazione trasparente i dati obbligatori che sono i seguenti: sez. A del mod. 10 e mod. 5.1;



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. 0002773/i del 23/01/2025	<i>Verificare l'inconferibilità a campione delle dichiarazioni rese dai componenti la commissione di concorso attraverso la procedura Cermas.</i>
Verifica a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese in tema di incompatibilità	Nucleo Ispettivo Interno	Prot. 0003051/i del 27/01/2025	Le verifiche hanno interessato le procedure anno 2023.

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 2024

Con nota Prot. 0010089/i del 15/03/2024, ad oggetto "Avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024/2026 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 2024;
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. 0002003/i del 17/01/2025, non ha attivato e non ha concluso procedimenti che hanno comportato la misura della rotazione straordinaria.
- UPD Dirigenza, nota Prot. 0001980/i del 17/01/2025, non ha attivato e non ha concluso procedimenti che hanno comportato la misura della rotazione straordinaria.

Obiettivi 2025

La misura viene riproposta anche per il 2025.

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 2024

In sede di avvio delle attività di cui al PTPCT 2024, con nota Prot. 0010106/i del 15/03/2024, richiamando la Delibera n. 1112 del 16/10/2023, con cui l'Istituto si è dotato di nuovo "Regolamento" recante criteri per la rotazione del personale operante in aree a rischio di corruzione, nonché la nota Prot. 0032518/i del 23/10/2023, con la quale 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", e la nota Prot. 0032667/i del 24/10/2023 del RPCT con cui si 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, è stato chiesto:

- alla SC Gestione Risorse Umane di predisporre, in coerenza 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;
- le 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.

Le strutture hanno rendicontato secondo quanto riepilogato nella sottostante Tabella.

Rotazione ordinaria			
Attività Previste	SC Competente	Nota rif.	Azioni realizzate
Misura rotazione ordinaria	SC Gestione Risorse Umane	Prot. 0002969/i del 24/01/2025	Con nota prot. n. 39459 del 19/11/2024 ha chiesto ai direttori di SC, con riferimento ai titolari di posizioni organizzative, titolari di incarichi di posizione di elevata qualificazione, titolari di incarichi di funzione di tipo organizzativo e professionale, responsabili di uffici, responsabili dei procedimenti e di progetto incardinati, di delineare un programma sintetico di rotazione e laddove la suddetta rotazione non può realizzarsi nell'immediato di mettere in atto misure alternative. Tale richiesta è stata riscontrata dalle seguenti strutture:



		<ul style="list-style-type: none">• SC Gestione Risorse Economico Finanziarie;• SC Affari Generali;• SC Affari Legali;• SC Direzione medica di presidio;• SC Progettazione e manutenzione edile e impianti. <p>All'attualità, risulta mancante il solo riscontro della SC Farmacia. Successivamente, con nota prot. n° 41899 del 05/12/2024 ha comunicato al Management, con riferimento al personale dirigente PTA che opera in aree a rischio corruttivo, le scadenze degli incarichi conferiti ai dirigenti suddetti, precisando che per tutti l'incarico è in corso di espletamento.</p> <p>In ultimo, con nota prot. n. 39795 del 21/11/2024 e nota prot. n. 41769 del 05/12/2024 ha chiesto, rispettivamente, al Direttore Scientifico e al sub commissario sanitario "autorevole supporto al fine di individuare per l'ambito di afferenza le possibili strutture rientranti nelle aree ad Alto rischio corruttivo". Al momento si è in attesa di riscontro.</p>
SC Supporto Amministrativo Ricerca	Prot. 0003140/i del 27/01/2025	La SC ha fatto ricorso alle c.d. misure alternative quali: <ul style="list-style-type: none">- 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	Prot. 0001222/i del 13/01/2025	Il Direttore della struttura afferma che è in attesa della redazione del documento di programmazione della rotazione ordinaria nelle aree a rischio corruzione da parte della SC Gestione Risorse Umane.
SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti	Prot. 0002198/i del 20/01/2025	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. 0001665/i del 15/01/2025	In riferimento all'oggetto, si conferma il contenuto delle comunicazioni già inviate in sede di monitoraggio intermedio (note prot. nn. 33304/2024 e 39816/2024) 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. 0001089/i del 10/01/2025	Per l'anno 2024 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: <ul style="list-style-type: none">–Predisposizione delibere e convenzioni, l'attività è svolta congiuntamente dal Direttore della Struttura e dal collaboratore amministrativo professionale assegnato alla struttura;

			<ul style="list-style-type: none"> -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 2025

Fermo restando la conferma delle misure alternative alla rotazione ordinaria, alla SC Gestione Risorse umane viene chiesto di predisporre il documento di programmazione della rotazione ordinaria.

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. Queste ultime, sono state poi emanate con Delibera n. 493 del 25/09/2024 dell'Autorità (Linee guida n° 1/2024), recepite nel presente Piano e come illustrate nei paragrafi successivi.

7.6.1 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. In particolare dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 (D.lgs. n. 165/2001) non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (cd. "periodo di raffreddamento"), attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi **tre anni** con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Limitando l'analisi alle sole amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2 del d.lgs. n. 165/2001, il divieto si applica:

- a) ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- b) al personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o autonomo;
- c) ai titolari degli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni, incarichi dirigenziali esterni.

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.

7.6.2 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. Il che implica l'adozione di provvedimenti atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tra queste situazioni può ricomprendersi la conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi o la realizzazione di lavori per la PA e 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.

7.6.3 I soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione

Il divieto di pantouflage presuppone che "un dipendente pubblico", inteso in senso ampio, svolga, una volta cessato dal servizio, la propria attività lavorativa o professionale presso un soggetto privato nei cui confronti abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali.

La formulazione utilizzata dal Legislatore consente una lettura ampia della nozione di "soggetti privati" quali associazioni, fondazioni, federazioni con natura privatistica, imprese e studi di professionisti abilitati (ad esempio, studi legali e studi di ingegneria e architettura) nei confronti dei quali l'ex dipendente potrebbe aver esercitato quei poteri autoritativi e negoziali che sono il presupposto per l'applicazione del divieto. Nel caso del SSN, si ipotizzano strutture private accreditate (laboratori, farmacie, case di cura, diagnostica in convenzione, etc.).

Il divieto di Pantouflage non trova applicazione, invece, agli enti privati in destinazione costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente (cfr. per i dettagli PNA 2022, § 1.3 pantouflage).

7.6.4 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.

Al riguardo ANAC, come nel PNA 2022, ha valutato preferibile un'interpretazione ampia di tale concetto, ritenendolo esteso a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato e incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati. Vale precisare che il divieto concerne:

- sia rapporti di lavoro subordinato – necessariamente di carattere oneroso (a tempo determinato o indeterminato, ivi compresi gli incarichi dirigenziali);
- sia incarichi per ricoprire determinate posizioni nell’ente privato in destinazione.

Ulteriore aspetto da considerare concerne il fatto che il divieto di pantouflage presuppone lo svolgimento di prestazioni lavorative presso il “soggetto privato” in destinazione connotate dai caratteri di continuità e stabilità. Ciò in quanto, da una parte, solo la prospettiva di un incarico stabile e continuativo può comportare un rischio tale – in termini di pregiudizio all’imparzialità del dipendente e di conseguenza anche alla correttezza e al buon andamento dell’attività amministrativa - da giustificare la speciale misura prevista dal Legislatore. A ciò si aggiunga che – come chiarito nel § 1.4. del PNA 2022 - l’assenza di stabilità e continuità dell’incarico fa venire meno anche il carattere di “attività professionale” richiesto dalla norma, che si caratterizza per l’esercizio abituale di un’attività autonomamente organizzata. Dall’altra parte, va considerato che il divieto implica limiti di rilievo alla libertà dell’“ex dipendente” di assumere incarichi e a quella del “soggetto privato” di conferirli. Pertanto, non si ritiene in linea con l’intento del Legislatore considerare applicabile il divieto anche alle prestazioni lavorative o professionali in cui difettano i presupposti di stabilità e continuità in quanto ciò comporterebbe limitazioni eccessivamente afflittive all’autonomia negoziale dei soggetti privati e alla libertà di assumere incarichi per l’ex dipendente.

Il Pantouflage potrebbe realizzarsi anche in ipotesi di contratti a titolo gratuito. In questo caso, la ratio della norma che, come noto, è quella di garantire l’imparzialità del dipendente pubblico che potrebbe essere pregiudicata in prospettiva di un incarico futuro presso l’ente privato. Tale incarico potrebbe infatti trasformarsi, in un secondo momento, sulla base di un accordo (collusivo) tra dipendente e impresa privata, in incarico a titolo oneroso, una volta terminato il periodo di raffreddamento imposto dalla norma (tre anni).

7.6.5 Il periodo di raffreddamento

La norma dispone il divieto di svolgimento di attività lavorativa o professionale non a tempo indeterminato bensì solo per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro. Nel computo del periodo di raffreddamento, il termine è da intendersi sospeso per tutta la durata di un incarico conferito in violazione del divieto, svolto cioè prima della scadenza del predetto periodo. Pertanto, il termine riprende a decorrere dalla cessazione dell’incarico conferito fino al raggiungimento dei tre anni.

7.6.6 Nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto

Conseguenza diretta ed ex lege dell’accertamento degli elementi costitutivi della fattispecie di pantouflage è la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto (disciplina analoga a quanto accade con le delibere che accertano, all’esito di un procedimento di vigilanza, una fattispecie di inconfiribilità ai sensi del d.lgs. n. 39/2013 dichiarando la nullità dell’incarico conferito in violazione di tale disciplina).

7.6.7 Obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati

L’ex dipendente è obbligato alla restituzione dei compensi all’ente che lo ha assunto (destinatario della restituzione) e che li ha erogati in virtù del contratto dichiarato nullo.

7.6.8 Il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni

La violazione del divieto di pantouflage, accertata con atto dell’Autorità ovvero con sentenza del Giudice, determina il divieto di contrarre solo nei confronti dell’Amministrazione/Ente (compresi gli eventuali uffici periferici) di provenienza dell’ex dipendente pubblico e non anche di tutte le PP.AA. L’Autorità ritiene che il divieto di contrarre includa tutte le forme di contrattazione relative alle prestazioni commerciali dell’operatore economico colpito dal divieto, fatta eccezione per i contratti destinati a far ottenere all’operatore economico, destinatario dell’interdizione, l’erogazione di prestazioni di pubblico servizio da parte della P.A. (ad es. istruzione, sanità, energia elettrica, gas, trasporto pubblico, etc.). Il divieto per il soggetto privato, di contrattare con la pubblica amministrazione per un periodo di tre anni decorre dalla data di stipula del contratto di lavoro/incarico con un ex dipendente pubblico, dichiarato nullo ex lege a seguito dell’accertamento della violazione del divieto di pantouflage, con indicazione della data di termine del divieto.

Nel diverso caso in cui una S.A. in corso di gara ritenga che un operatore economico abbia assunto un ex dipendente di altra S.A. – e dunque abbia astrattamente violato il divieto di pantouflage – la stessa è tenuta a trasmettere tempestivamente all'ANAC la segnalazione per l'adozione degli atti di competenza. In particolare, nella FAQ 8,1 ANAC è stato chiarito che per la partecipazione alle procedure di evidenza pubbliche l'operatore economico è tenuto a rendere la dichiarazione contenuta nel DGUE, disvelando se si trovi o meno “nella condizione prevista dall'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 (pantouflage o revolving door) in quanto ha concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, ha attribuito incarichi ad ex dipendenti della stazione appaltante che hanno cessato il loro rapporto di lavoro da meno di tre anni e che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa stazione appaltante nei confronti del medesimo operatore economico”, e che la dichiarazione è resa ai sensi dell'articolo 46 del d.P.R. 445/2000. Viene inoltre chiarito che, in caso di false dichiarazioni, ANAC procede, previo accertamento dell'esistenza del pantouflage, alla verifica dell'esistenza delle condizioni per l'applicazione della misura di cui all'articolo 94, comma 5, lettera e), del Codice dei contratti pubblici (Cause esclusione automatica, nell'ipotesi qui discussa, l'operatore economico iscritto nel casellario informatico tenuto dall'ANAC per aver presentato false dichiarazioni o falsa documentazione nelle procedure di gara).

In sede di gara o affidamento incarichi il soggetto esterno è chiamato a dichiarare:

- A. di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei confronti dell'Associazione di cui sopra, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- B. di essere consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati

7.6.9 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 emerge 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;

7.6.10 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".

7.6.11 Misure di contrasto del Pantouflage – risultati raggiunti anno 2024

Con la nota di avvio Prot. 0010142/i del 15/03/2024, 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. 0010263/i del 18/03/2024, è stato chiesto all'Ufficio Formazione di attivare l'evento formativo dal titolo "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.** Quest'ultima tematica è stata trattata durante la giornata della trasparenza organizzata il 9 dicembre 2024;
- nessuna segnalazione del divieto di pantouflage all'ANAC si è resa necessaria atteso che non vi è stata alcuna violazione del medesimo divieto nel 2024;

2) SC Gestione Risorse Umane, riscontro in nota Prot. 0002771/i del 23/01/2025, 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", 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. 0003145/i del 27/01/2025, comunica "di non aver stipulato contratti di lavoro e/o aver attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici".

4) SC Gestione Beni e servizi, con nota Prot. 0001222/i del 13/01/2025 il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RPCT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l'adozione del PTPCT 2024-2026;

5) SC Progettazione Manutenzione Edile e Impianti, nota Prot. 0002201/i del 20/01/2025, 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 31.12.2024 non risultano cessati dal servizio per raggiunti limiti d'età, da meno di 3 anni, dipendenti con poteri autoritativi o negoziali.

Obiettivi 2025

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 ha emanato a fine anno 2024, l'Istituto provvederà all'eventuale aggiornamento delle disposizioni in materia previste dal "Regolamento in materia di inconfiribilità 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.

7.7 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.

7.8 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 2024

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 all'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.

In relazione al punto 1., con mail indirizzata a “Utenti Tutti” del 19/06/2024, i dipendenti dell’Istituto sono stati informati della attivazione del nuovo percorso formativo dedicato alla strategia di prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa sul portale Syllabus. Con successiva mail del 10/09/2024 tutto il personale è stato invitato ad accedere al Portale Syllabus per fruire del programma formativo dal titolo “Conoscere le strategie per promuovere la trasparenza e combattere la corruzione” e, nel dettaglio, del modulo dedicato al CODICE DI COMPORTAMENTO dei dipendenti pubblici. Dai dati estratti dal Portale Syllabus risulta che n. 152 discenti hanno completato il corso e hanno superato il test di post formazione.

Obiettivi 2025

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 all’Ufficio Formazione i seguenti eventi formativi per l’anno 2025 con nota Prot. 0044098/i del 20/12/2024:

1. la procedura di Whistleblowing per la segnalazione degli illeciti;
2. giornata della Trasparenza.

7.9 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 PTPCT.

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. 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 all’aggiornamento 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.

Rendicontazione dei risultati ottenuti nel 2024

Nel corso del 2024 la procedura non è stata attivata da alcun stakeholder.

Obiettivi 2025

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

7.10 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 2024-2025 (Prot. 0010264/i del 18/03/2024) 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. 0010142/i del 15/03/2024 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);
- 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. Prot. 0009837/i del 14/03/2024 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 inconfiribilità, incompatibilità e di conflitto di interessi, come previsto dall'art. 93, comma 5, lett. a), b) e c) del D.Lgs. n. 36/2023 e secondo le indicazioni riportate in nota Prot. 0009850/i del 14/03/2024 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 2024

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

- Con nota Prot. 0003149/i del 27/01/2025, il Direttore ad interim 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.

- SC Gestione Beni e Servizi, Prot. 0001222/i del 13/01/2025, Il Direttore della struttura afferma che la misura è stata concretizzata avendo recepito le indicazioni fornite dal RCPT nella relativa nota di avvio delle attività conseguenti l’adozione del PTPCT 2024-2026;
- il Direttore della SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti, con nota - Prot. 0002209/i del 20/01/2025, 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 2025

Per il 2025 si ripropongono le medesime attività sopra elencate considerando che è in corso di adozione la Delibera di adesione dell’Istituto al nuovo protocollo di legalità tra Prefettura di Napoli, Regione Campania, Provincia di Napoli, Comune di Napoli e i legali rappresentanti delle stazioni appaltanti interessate siglato il 2 agosto 2019.

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 PTPC;
- 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 2024

Considerando le azioni definite dal PTPCT 2024-2026 (Tabella 1, sezione trasparenza del Piano), le attività svolte possono essere così sintetizzate:

- il RPCT ha effettuato due monitoraggi, a maggio e novembre 2024, dell'intera sezione amministrazione trasparente, riferendone l'esito al management aziendale;
- l'Istituto ha adeguato la sezione bandi di gara e contratti alle 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";
- in data 09/12/2024 è stata organizzata la prevista Giornata della Trasparenza, cui hanno preso parte n. 96 partecipanti;
- con nota Prot. 0010263/i del 18/03/2024 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 2024 la formazione in materia di etica, integrità e di prevenzione della corruzione è stata erogata mediante il Portale Syllabus. Dai dati registrati nella piattaforma risulta che n. 152 discenti hanno completato il corso e hanno superato il test di post formazione.

- con nota prot. 41396 del 14/04/2024 è stato chiesto al Responsabile della Transizione Digitale di aggiornare e pubblicare gli obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici, la cui ultima revisione risaliva all'annualità 2021. Con nota prot. n. 1680 del 15/01/2025 il Responsabile ha comunicato di aver aggiornato il documento e che lo stesso è rinvenibile al link https://istitutotumorina.portaleamministrazionetrasparente.it/pagina771_accessibilit-e-catalogo-dei-dati-metadati-e-banche-dati.html

5. Azioni per il 2025

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 2025.

Tab. 1 – Azioni, tempistiche e responsabilità 2025 in materia di trasparenza

AZIONE	TEMPISTICA	RESPONSABILITA'
MONITORAGGIO DATI PUBBLICATI IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE SECONDO L'ALLEGATO 4 AL PTPCT 2025-2027	ALMENO SEMESTRALE	RESPONSABILE TRASPARENZA
GIORNATA TRASPARENZA	2025	1. URP 2. RPCT
EVENTI FORMATIVI AD HOC IN MATERIA DI TRASPARENZA (NONCHÉ SU TEMATICHE LEGATE ALL'ANTICORRUZIONE)	ALMENO UN EVENTO	RESPONSABILE TRASPARENZA
OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA' DEI SOGGETTI DISABILI AGLI STRUMENTI INFORMATICI	ENTRO IL 31/03/2025	RESPONSABILE DELLA TRANSIZIONE DIGITALE

5.1 Aggiornamento prospetto obblighi di pubblicazione

Con la Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 con cui l'Anac ha approvato 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto con la messa a disposizione di ulteriori schemi.

Gli schemi di pubblicazione predisposti da ANAC potranno essere utilizzati in futuro come base per l'implementazione della Piattaforma unica della trasparenza (PUT), nel rispetto della normativa sui dati personali.

Il citato documento predispone delle istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013 contenente indicazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (all. 4 alla Delibera Anac 495/2024);

Prevede, inoltre, un periodo transitorio di 12 mesi, i per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31. Ciò al fine di venire incontro alle esigenze manifestate dalle amministrazioni/enti di avere maggiore tempo per adeguare i propri sistemi. Al termine di tale periodo, i dati dovranno essere pubblicati in conformità agli standard adottati da ANAC.

Infine mette a disposizione delle amministrazioni anche gli altri schemi elaborati, ma non allo stato definitivamente approvati (all. ti da 5 a 14), relativi agli artt. 12 "Obblighi di pubblicazione concernenti atti di carattere normativo e amministrativo generale"; 20 "Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla

valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale”; 23 “Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi”; 26 “Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati” e 27 “Obblighi di pubblicazione dell'elenco dei soggetti beneficiari”; 29 “Obblighi di pubblicazione del bilancio, preventivo e consuntivo, e del Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dei dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi” 32 “Obblighi di pubblicazione concernenti i servizi erogati”; 35 “Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi e ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati”; 36 “Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici”; 39 “Trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio”; 42 “Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente”.

Ciò al fine di consentire all’Autorità di perfezionare i suddetti schemi alla luce dell’esperienza pilota da parte delle amministrazioni che avranno aderito spontaneamente alla sperimentazione nel periodo transitorio di 12 mesi.

L’Istituto si riserva di valutare l’opportunità di adeguamento alle determinazioni definitive dell’ANAC dopo il periodo transitorio.

ALLEGATI:

Allegato 1 – Prospetto valutazione del rischio

Allegato 2 – Programmazione misure specifiche anno 2025

Allegato 3 – Misure specifiche, risultati 2024

Allegato 4 – Griglia obblighi di pubblicazione 2025

La proposta di Piano è stata trasmessa dal Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza agli Organi di vertice in data 28/01/2025 con nota prot. nr. 3473, ai fini dell’inserimento nel PIAO

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:

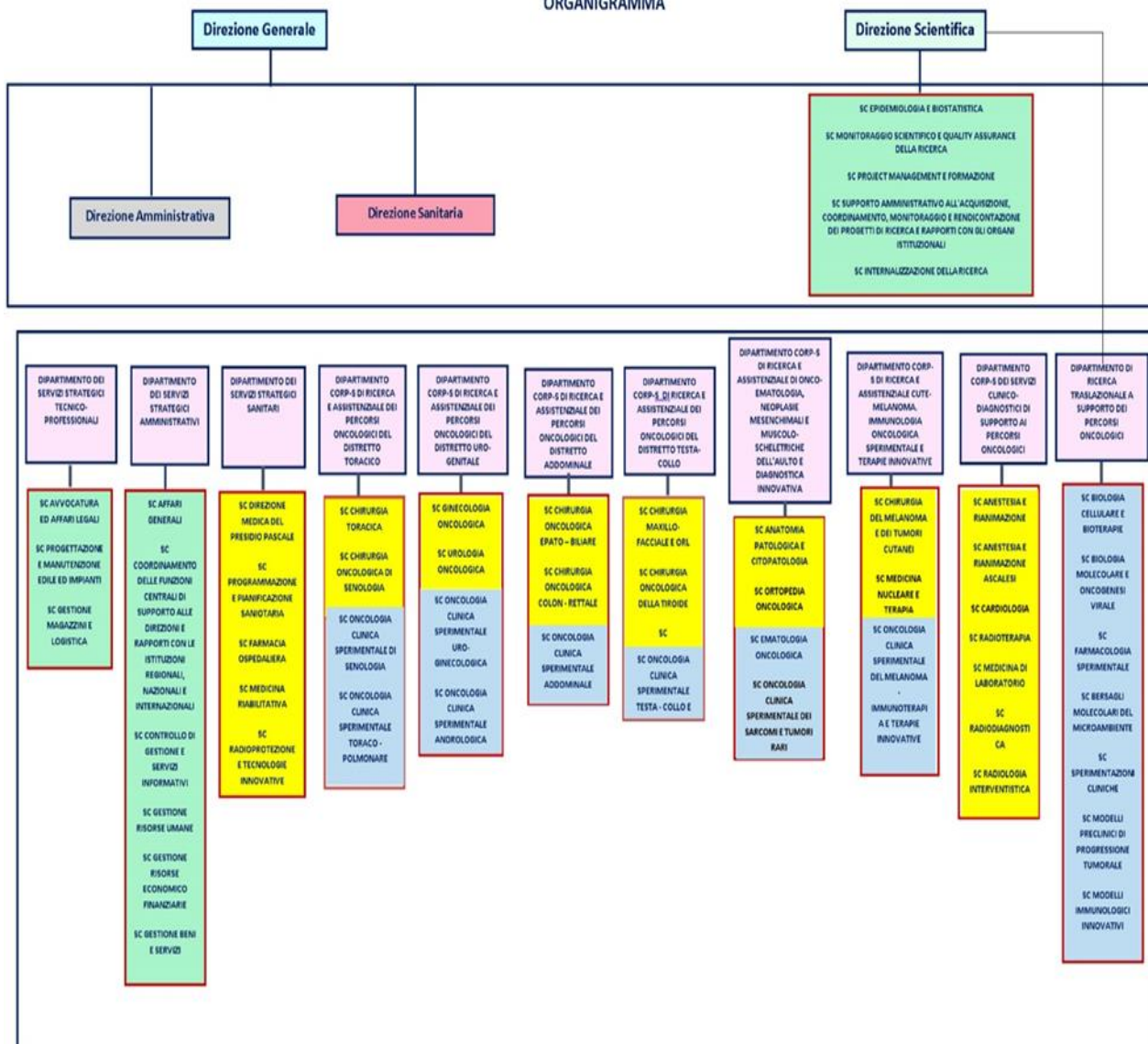
- CORP-S/Dipartimenti
- Dipartimenti
- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Semplici (SS) e Strutture Semplici Dipartimentali

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 precisa 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 Costo operativi delle unità organizzative

Dal Bilancio di Previsione relativo all'anno 2025 si evince che Il costo del lavoro, in termini di numero di dipendenti in servizio è al secondo posto tra i costi operativi più significativi (€ **70.265.582**), incide per il 35,18% sul totale dei costi della produzione medesimi e per il 34% sul valore della produzione. Per la sua previsione, ci si è basati sui dati del Bilancio consuntivo 2023.

Di seguito la distribuzione per ruolo:

	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale 2025
Ruolo sanitario	59.139.900	2.851.622	61.991.522
Dirigenza	59.139.900	2.851.622	61.991.522
Dirigenza medica	28.462.761	1.054.354	29.517.115
Dirigenza non medica	4.396.705	0	4.396.705
Comparto	26.280.433	1.797.268	28.077.701
Ruolo professionale	791.401	0	791.401
Dirigenza	791.401	0	791.401
Comparto		0	0
Ruolo tecnico	2.992.728	0	2.992.728
Dirigenza	251.931		251.931
Comparto	2.740.798		2.740.798
Ruolo amministrativo	4.388.084	101.847	4.489.931
Dirigenza	1.262.171	101.847	1.364.018
Comparto	3.125.913		3.125.913
IRAP	4.424.254	810.884	5.235.138
COSTO TOTALE	71.736.367	3.764.353	75.500.720

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, contenente le osservazioni presentate dal CUG, dall' OIV e dalle OO.SS. aziendali, e trasmesso al Commisario straordinario con nota prot. 2226 del 20 gennaio 2025.

PIAO

Sottosezione – Organizzazione Lavoro Agile

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 e da quanto previsto per la dirigenza sanitaria dal Titolo IX Capo 1 del CCNL area Sanità Triennio 2019/2021 del 23/01/2024 e per la Dirigenza Tecnica, Professionale e Amministrativa dagli art. 11 e 12 del CCNL Funzioni Locali Triennio 2019-2021.

LO SMART WORKING APPLICATO ALL’INTERNO DELL’IRCCS FONDAZIONE G. PASCALE DI NAPOLI

Dalla fase emergenziale a quella successiva alla Direttiva Zangrillo del 29 dicembre 2023 e della nota ULM_000083-P-17/01/2024

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 da 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. Tale regolamento è stato abrogato dal regolamento approvato con Deliberazione n.1270 dell'11/10/2024 e gli accordi individuali firmati sotto la vigenza del primo hanno cessato di avere efficacia in data 31/12/2024.

In entrambi i regolamenti si è comunque prevista 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 ha potuto 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. Successivamente con nota prot. 30335 del 6/10/2023 anche la Direzione Scientifica ha disposto che i Direttori di Struttura Complessa alla stessa afferenti non potevano più svolgere le proprie attività in modalità agile.

Il regolamento approvato in data 11/10/2024 ha, invece, previsto che il personale autorizzato potesse fruire di numero massimo di 8 giorni al mese di smart working.

La disciplina del lavoro agile per il personale dipendente dell'Istituto così come evidenziato sia nel regolamento previgente che in quello approvato con la citata Deliberazione n. 1170/2024 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 nell'accordo individuale che sottoscrivono gli smart worker ed approvato con entrambi i regolamenti 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.

Il regolamento appena approvato ha, invece, recepito le modifiche richieste dal management in ordine alla previgente regolamentazione aziendale e quelle introdotte dalla Contrattazione Collettiva del comparto sanità e della Dirigenza ed ha, inoltre, recepito la direttiva del Ministero per la funzione pubblica del 29/12/2023 (c.d. direttiva Zangrillo) ad oggetto: "Lavoro agile", che prevede la possibilità di derogare temporaneamente al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, al ricorrere di gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di carattere temporaneo, debitamente documentate dal/la lavoratrice, previa valutazione del Responsabile dell'Ufficio, tenuto conto delle esigenze organizzative degli uffici, sempre nell'ambito dell'accordo individuale e la nota ULM_0000083-P-17/01/2024, con cui la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ufficio Legislativo del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha fornito chiarimenti in ordine alla predetta Direttiva 29 dicembre 2023.

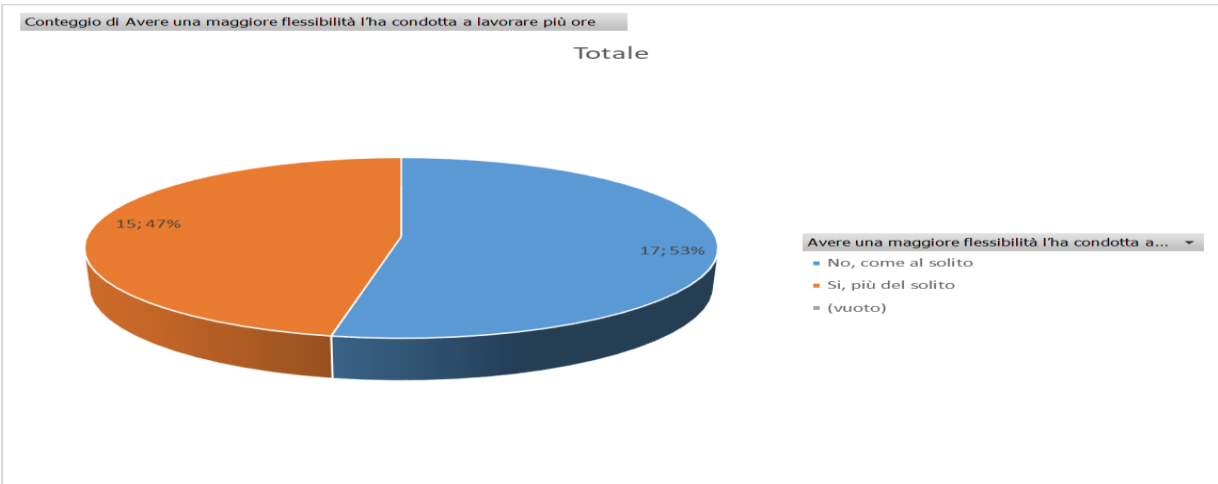
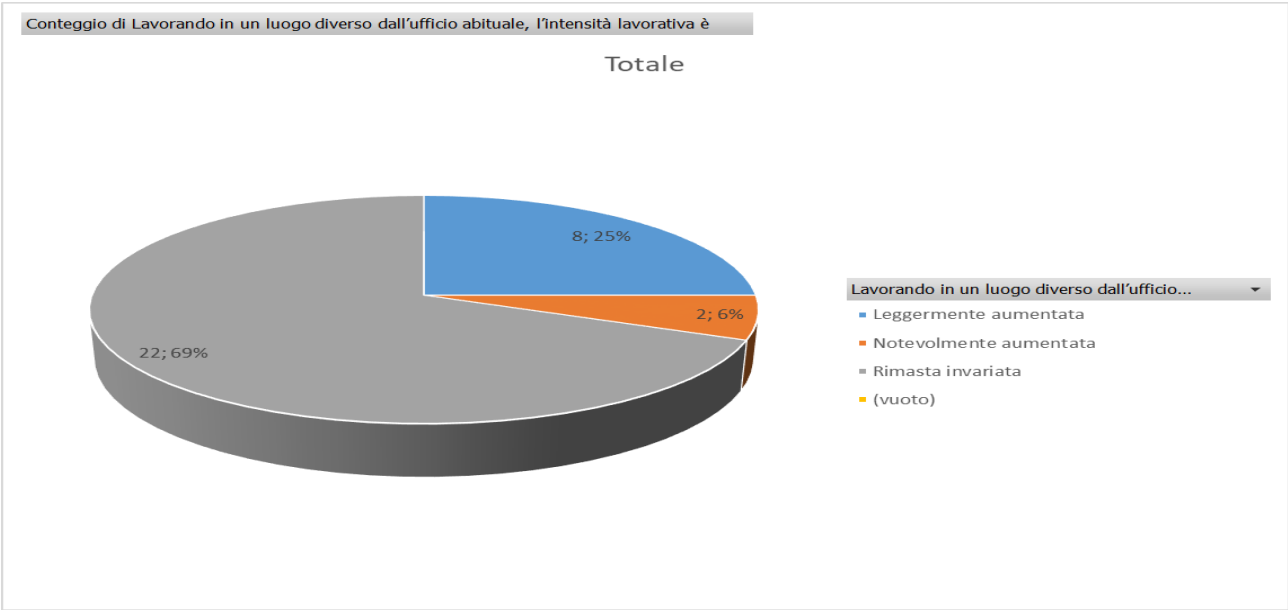
Da tutto quanto detto è evidente che l'Istituto Pascale in linea con la trasformazione del modello organizzativo e gestionale, già avviata dai primi mesi del 2020, continua ad avvertire l'esigenza di favorire una modalità flessibile di svolgimento del rapporto di lavoro con lo scopo sia di promuovere 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 e che oramai il lavoratore ammesso al lavoro agile rappresenta una leva per il cambiamento e l'innovazione organizzativa.

I dati del 2024 afferenti alla fruizione dello smart-working da parte dei dipendenti dell'IRCCS Fondazione G. Pascale continuano ad attestare quanto lo stesso sia divenuto uno strumento entrato stabilmente nelle modalità ordinarie di lavoro del personale dell'Istituto (cfr. successiva tabella).

STATO DELL'ENTE RISPETTO ALLO SMART WORKING ANNO 2024 (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	3098	13976
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE CON PROFILO DI (RICERCATORE SANITARIO)	9	163	1524
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE OSS	0	0	0
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE SANITARIO CPS INFERMIERI	2	186	288
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE SANITARIO MEDICO E NON MEDICO	13	266	2117
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE DIRIGENTE PTA	11	294	990
LAVORO SVOLTO IN SMART WORKING DAL PERSONALE TECNICO	8	483	1055

	135	4490	19950
--	-----	------	-------

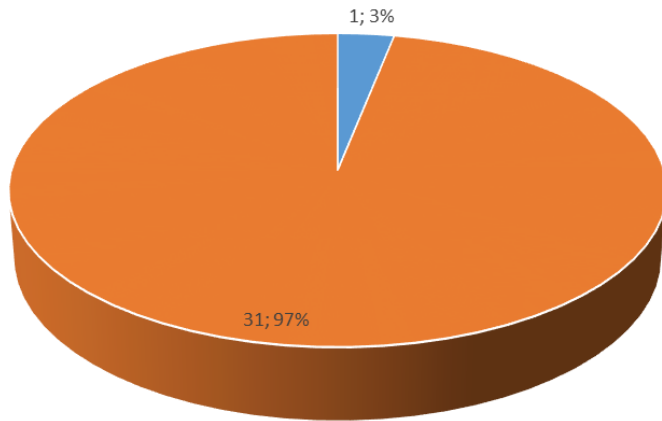
Anche i dati relativi alla valutazione dei benefici e delle eventuali criticità del lavoro agile dimostrano quanto questo abbia inciso positivamente sul benessere lavorativo. Infatti dal questionario somministrato dall'Ufficio Sistemi Informativi per conto della UOC Gestione Risorse Umane nel novembre 2024 è risultato quanto segue:





Conteggio di Come ha influito lavorare in modalità agile

Totale

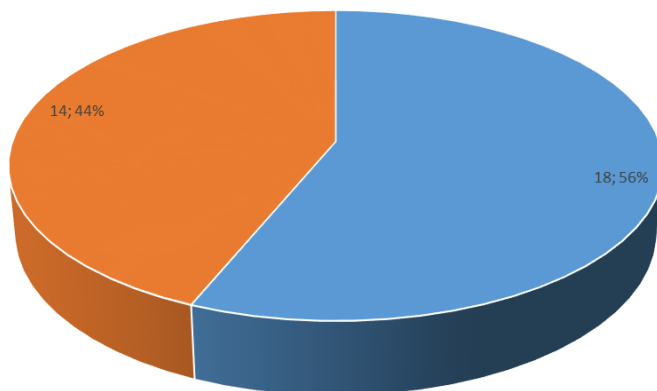


Come ha influito lavorare in modalità agile

- Non ha avuto alcun impatto
- Positivamente sulla sua capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati in tempi adeguati
- (vuoto)

Conteggio di Come ha influito lavorare in modalità agile sul rapporto con i colleghi

Totale



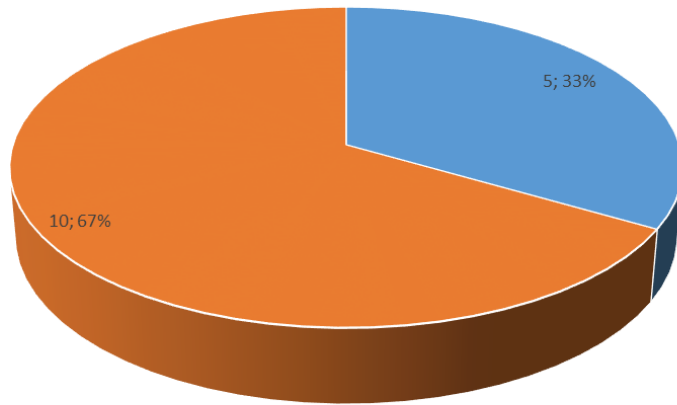
Come ha influito lavorare in modalità agile sul rapporto...

- Non ha avuto alcun impatto
- Positivamente
- (vuoto)



Conteggio di Come valuta la prestazione lavorativa resa dal dipendente in smart working (riservata al personale dirigenziale)

Totale

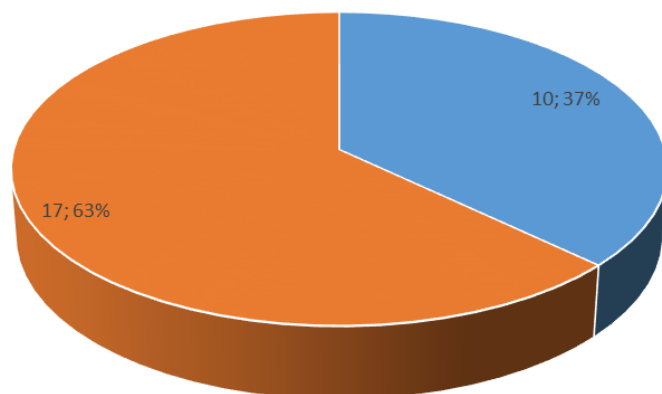


Come valuta la prestazione lavorativa resa dal...

- Equivalente a quella svolta in presenza
- Positivamente
- (vuoto)

Conteggio di Come ha influito lavorare in modalità agile sul rapporto con la Dirigenza (riservata al personale del comparto)

Totale



Come ha influito lavorare in modalità agile sul...

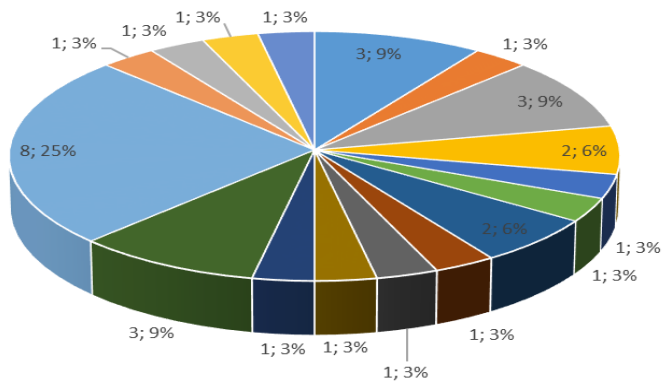
- Non ha avuto alcun impatto
- Positivamente
- (vuoto)



Conteggio di Durante la fase di lavoro agile ha interagito o collaborato con altri soggetti? (è possibile indicare più opzioni)

Totale

Durante la fase di lavoro agile ha interagito...

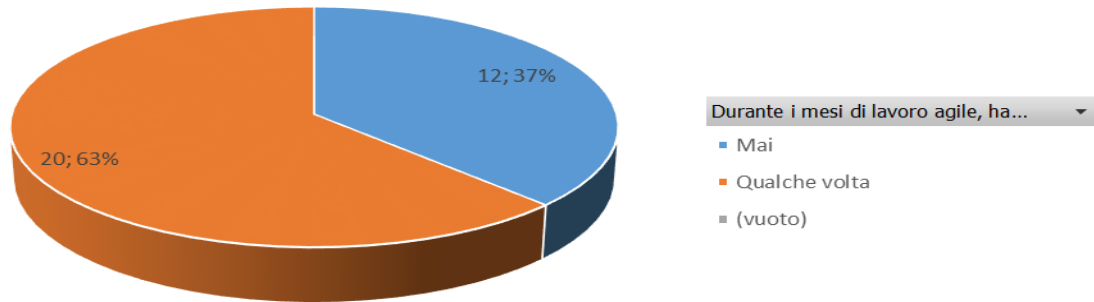


- Con alcuni colleghi;
- Con alcuni colleghi;Con colleghi del team-working;
- Con alcuni colleghi;Con la Dirigenza;
- Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;
- Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;Con colleghi del team-working;
- Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;Con colleghi del team-working;Con la Dirigenza;
- Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;Con la Dirigenza;Con colleghi del team-working;
- Con colleghi del team-working;Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;
- Con colleghi del team-working;Con soggetti esterni all'organizzazione;Con alcuni colleghi;Con la Dirigenza;
- Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;Con colleghi del team-working;
- Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;
- Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;Con soggetti esterni all'organizzazione;
- Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;Con colleghi del team-working;
- Con la Dirigenza;Con colleghi del team-working;
- Con la Dirigenza;Con soggetti esterni all'organizzazione;Con alcuni colleghi;
- Con soggetti esterni all'organizzazione;Con alcuni colleghi;
- Con soggetti esterni all'organizzazione;Con la Dirigenza;Con alcuni colleghi;



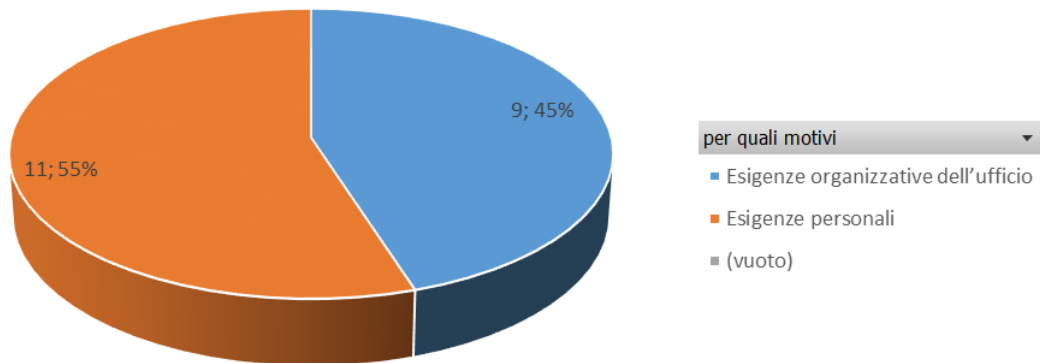
Conteggio di Durante i mesi di lavoro agile, ha avuto necessità di modificare la sua giornata

Totale



Conteggio di per quali motivi

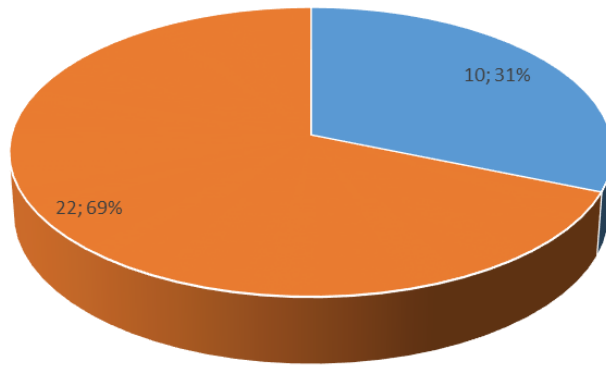
Totale





Conteggio di Con quale strumentazione ha svolto le attività in modalità agile

Totale



Con quale strumentazione ha svolto le... ▼

- PC fornito dall'Istituto
- Pc proprio
- (vuoto)

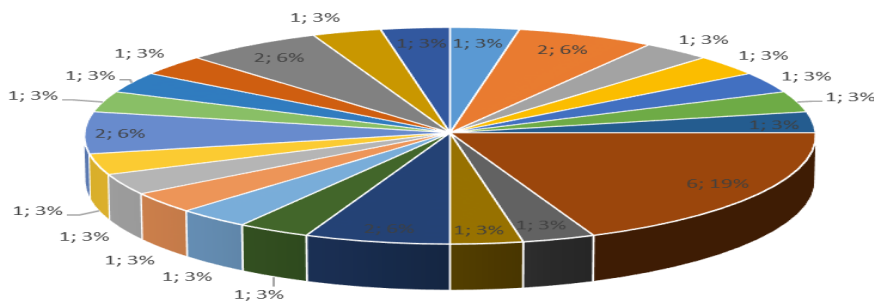


Conteggio di Lavorare in modalità agile le ha permesso di: (è possibile indicare più opzioni)

Totale

Lavorare in modalità agile le ha permesso di: (è... ▾

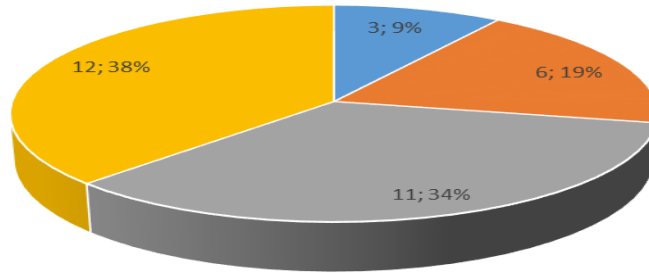
- Assistere in modo migliore i familiari;Essere più produttivo nel suo lavoro;Impiegare meglio il suo tempo ;
- Assistere in modo migliore i familiari;Impiegare meglio il suo tempo ;
- Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Essere più produttivo nel suo lavoro;Finalizzare meglio le sue potenzialità;Impiegare meglio il suo tempo ;
- Finalizzare meglio le sue potenzialità;Assistere in modo migliore i familiari;
- Finalizzare meglio le sue potenzialità;Essere più produttivo nel suo lavoro;Assistere in modo migliore i familiari;Risparmiare energie;
- Finalizzare meglio le sue potenzialità;Essere più produttivo nel suo lavoro;Impiegare meglio il suo tempo ;
- Impiegare meglio il suo tempo ;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Assistere in modo migliore i familiari;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Assistere in modo migliore i familiari;Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Assistere in modo migliore i familiari;Risparmiare energie;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Essere più produttivo nel suo lavoro;Assistere in modo migliore i familiari;Risparmiare energie;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Essere più produttivo nel suo lavoro;Risparmiare energie;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Finalizzare meglio le sue potenzialità;Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Finalizzare meglio le sue potenzialità;Essere più produttivo nel suo lavoro;Risparmiare energie;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Risparmiare energie;Assistere in modo migliore i familiari;Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Risparmiare energie;Essere più produttivo nel suo lavoro;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Risparmiare energie;Essere più produttivo nel suo lavoro;Finalizzare meglio le sue potenzialità;
- Impiegare meglio il suo tempo ;Risparmiare energie;Finalizzare meglio le sue potenzialità;Assistere in modo migliore i familiari;





Conteggio di Quali svantaggi ha riscontrato dal punto di vista del benessere lavorativo e personale

Totale

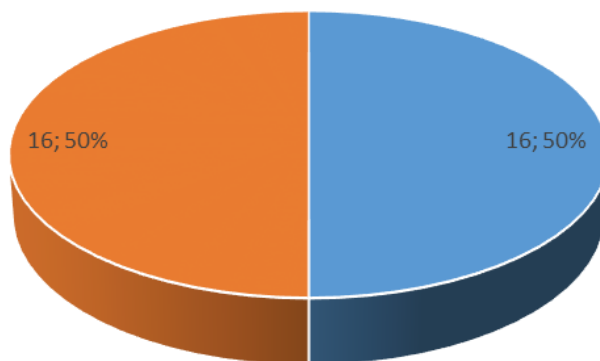


Quali svantaggi ha riscontrato dal...

- Difficoltà di gestione dei tempi di lavoro
- Difficoltà di organizzazione degli spazi di lavoro
- Eccessivo prolungamento degli orari di lavoro e stress da mancata "disconnessione"
- Isolamento dal contesto lavorativo
- (vuoto)

Conteggio di Come valuta l'esperienza del lavoro agile?

Totale



Come valuta l'esperienza del lavoro...

- Molto soddisfacente
- Soddisfacente
- (vuoto)

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 e successivamente con la Deliberazione n. 1270 dell'11/10/2024 ha adottato le seguenti misure:

- 1) Utilizzo generalizzato del sistema VPN FortiClient di accesso "virtuale" alla propria postazione informatica;
- 2) Monitoraggio puntuale dei Direttori delle Strutture Complesse del rispetto dei limiti previsti per la fruizione dello smart working da parte del personale agli stessi;
- 3) 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 in via di definizione essendo la stessa stata trasmessa con nota prot. 40575 del 19 dicembre 2023 al capo delegazione trattante e rinviata successivamente al nuovo sub Commissario Amministrativo con nota prot.42145 del 6/12/2024 della convocazione delle OO.SS. per il prescritto confronto sindacale in materia;

Per l'anno 2025 si prevede di:

- 1) Approvare e dare esecuzione alle disposizioni del nuovo regolamento in materia di telelavoro;
- 2) Procedere da parte dei Direttore Responsabili delle Strutture Complesse e dei Capi Dipartimento ad un capillare controllo del personale in modalità agile che infatti dovrà trasmettere dopo la giornata lavorativa prestata in modalità agile puntuali relazioni sull'attività svolta;
- 3) Continuare a 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;
- 4) Programmare l'incentivazione di utilizzo di sistemi di video-conferenza per l'espletamento a distanza delle attività lavorative di gruppo, così favorendo l'interazione, semplificando le procedure e riducendo tempi e costi di lavoro;
- 5) Procedere ad una periodica revisione della mappatura dei processi e delle attività espletabili da remoto finalizzata alla rilevazione delle criticità che ancora oggi si frappongono all'applicazione del lavoro agile con riguardo ad alcune attività di competenza dell'Amministrazione.

2. PERSONALE ABILITATO AL LAVORO AGILE

Tutto il personale che ne fa richiesta nel rispetto della percentuale e delle condizioni previste dal nuovo regolamento aziendale. In particolare nell'approvato 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, del ruolo ricerca oltre che il personale dirigente 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 contenente 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). In ogni caso in ragione delle esigenze di servizio il citato Responsabile deve valutare di volta in volta l'approvazione della richiesta di smart working in modo da garantire una adeguata presenza di personale presso la sede abituale di lavoro (almeno il 60% dello stesso). A tal riguardo l'utilizzo dello smart working deve avvenire tramite turnazione delle richieste tra colleghi della struttura interessata, in relazione alle dimensioni della stessa. In caso di richieste di accesso al lavoro agile in numero superiore rispetto a quelle possibili (più del 40 % del personale in servizio in quella Struttura che ne faccia richiesta per la stessa giornata), va riconosciuta priorità alle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero ai lavoratori in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3 co.3 della Legge 104/1992.

La nuova regolamentazione 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 personale dirigente, autorizzato in base al regolamento aziendale allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, adegua, invece, la stessa alle esigenze dell'organizzazione ed all'espletamento dell'incarico svolto nonché a quelle connesse con la corretta gestione ed il necessario coordinamento delle risorse umane.

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 sono avvalse di documentazioni relazionali prodotte dagli stessi lavoratori agili riportanti le attività svolte da remoto. Anche l'ultima regolamentazione 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. 45 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;

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.

Con nota prot. nr. 2226 del 20/01/2025, la SC Gestione Risorse Umane ha trasmesso agli Organi di vertice la proposta di POLA.

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

Anche il CUG, l'OIV e le OO.SS. sono stati coinvolti per quanto di competenza. In particolare i primi due in data 12 e 13 gennaio 2025 e le OO.SS. ai fini della mera informativa, in data 15 gennaio con nota prot. 1637/2025.

Di seguito sono riportate le osservazioni del CUG

I componenti del CUG hanno espresso in data 15 gennaio 2025 parere favorevole al P.O.L.A., confermando la condivisione e l'approvazione dei contenuti presentati nell'approvando Piano e chiedendo una mera precisazione in ordine ai requisiti minimi di sicurezza del luogo ovvero "se per i lavoratori che effettuano lo smart working sia obbligatorio il sopralluogo dell'ambiente di lavoro per verificare non solo la congruità dell'apparecchiatura utilizzata ma anche il rispetto delle norme ergonomiche della postazione di lavoro utilizzata dal dipendente".

Sul punto l'amministrazione sta predisponendo idoneo riscontro precisando che tale obbligo è sancito dai contratti collettivi sia del comparto che della dirigenza esclusivamente per il lavoro prestato da remoto e non per il lavoro agile (smart working) e che pertanto il regolamento di cui alla deliberazione n. 1270 del 2024 ed il connesso accordo individuale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità lavoro agile sono perfettamente in linea con le norme contrattuali che appunto richiamano le sole prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza adottate dalle singole P.A. , nel casodi specie quelle di cui alla Deliberazione n.498/2020.

Di seguito sono riportate le osservazioni dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV)

L'OIV esprime parere positivo ed in particolare testualmente riferisce: "L'OIV, In continuità con quanto già rilevato per il 2024, prende atto favorevolmente della formulazione del POLA 2025, che risulta coerente con quanto già attuato in Istituto sull'argomento e tiene conto in modo esaustivo delle indicazioni già espresse dalle strutture di riferimento".

Di seguito sono riportate le osservazioni delle OO.SS.

Alla data di trasmissione del presente Piano la sigla Nursing up ha, con nota prot. n.2171 del 20/01/2025, espresso parere favorevole.

La sigla FVM ha in generale espresso parere favorevole sul Piano e posto delle osservazioni che verranno successivamente valutate dalla P.A. Le stesse sono tuttavia sostanzialmente superabili alla luce della lettura sistematica di tutta la normativa richiamata e tutti gli atti Deliberativi adottati dall'Istituto Pascale in materia di lavoro agile.

PARTE 4

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Obiettivi e risultati attesi

L'IRCCS fondazione G. Pascale intende consolidare il lavoro agile come leva strategica per rendere l'organizzazione più efficace ed efficiente. Il lavoro agile richiede l'adozione di un approccio innovativo nella gestione del personale, basato sulla fiducia, sull'autonomia, sulla responsabilizzazione e sulla capacità di motivare e coinvolgere attivamente i dipendenti. Richiede, inoltre, una capacità progettuale ed organizzativa volta al raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi, nonché a quelli di performance organizzativa e individuale. Tale modello, centrato sulla programmazione, favorisce il monitoraggio degli obiettivi intermedi e l'eventuale riprogrammazione di attività, tempi e risorse a disposizione per il raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi assegnati alle Strutture. Consente, inoltre, di mettere in evidenza le eventuali inefficienze organizzative, quali ad esempio la non corretta distribuzione dei carichi di lavoro tra i collaboratori e la non efficiente programmazione del timing delle attività rispetto alle risorse a disposizione. La maggiore flessibilità di tempo e di luogo prevista con tale modalità organizzativa consente ai dipendenti di poter conciliare più efficacemente i tempi di vita e di lavoro, ricorrendo in minor misura agli istituti di assenza o al lavoro a tempo parziale, con effetti positivi sull'efficienza organizzativa. Si ricorda a tal proposito che un numero consistente di assenze può provocare ritardi nell'erogazione dei servizi ai cittadini, nonché di inefficienze nel caso in cui non vi siano altre professionalità adeguatamente formate a svolgere determinate attività. A tal proposito si precisa che la riduzione del numero delle assenze, che si possono ottenere grazie a tale modalità organizzativa, è correlato al quantum di flessibilità di cui il dipendente può fruire e di conseguenza al numero dei giorni che possono essere lavorati in modalità agile. Il miglioramento della conciliazione tra vita privata e lavorativa, oltre a contribuire ad una riduzione delle potenziali assenze, contribuisce alla riduzione dello stress da lavoro correlato con conseguenti effetti positivi sulla performance individuale ed organizzativa.

In definitiva il modello organizzativo basato sul lavoro agile contribuisce al miglioramento della performance organizzativa influenzando positivamente sui seguenti indicatori:

- **Economicità dell'azione amministrativa**, in quanto a livello economico produce riduzione dei costi delle utenze, delle stampe e degli straordinari;
- **Efficienza dell'azione amministrativa**, in quanto produce una riduzione delle assenze, un aumento della produttività ed una riduzione dei tempi di lavoro delle pratiche ordinarie;
- **Efficacia dell'azione amministrativa**, in quanto la diversa pianificazione delle attività, imposta da questo modello organizzativo, produce un miglioramento della quantità del lavoro con conseguenti miglioramenti dei servizi offerti.

Le finalità che si intendono continuare a raggiungere attraverso il consolidamento del lavoro agile, anche per il triennio 2025-2027, sono:

- aumentare la produttività, attraverso l'incremento della quantità dei servizi prodotti e il miglioramento della qualità delle attività e dei servizi stessi;
- implementare i processi di digitalizzazione e dematerializzazione;
- continuare a promuovere compatibilmente con le risorse disponibili investimenti per l'implementazione delle tecnologie da impiegare nell'espletamento delle attività lavorative a distanza in modo da massimizzare la sicurezza della rete e dei dati oltre alla riduzione delle spese;
- migliorare l'organizzazione del lavoro, da un lato, accrescendo le competenze digitali ed incentivando la collaborazione, dall'altro, focalizzando l'attività sugli obiettivi e sui risultati;
- migliorare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante il riconoscimento della flessibilità oraria e agevolando la mobilità territoriale;

- favorire il decongestionamento del traffico riducendo gli spostamenti tra casa e lavoro con conseguenti effetti positivi anche sulla riduzione dello stress causato da spostamenti poco confortevoli o nel traffico, nonché sulla riduzione delle emissioni di CO2 sul territorio.

3.3 Piano triennale dei Fabbisogni di Personale-

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale rappresenta lo strumento di definizione delle esigenze quantitative 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, con delibera del Commissario Straordinario nr. 6 del 18/10/2024 ha adottato la quantificazione provvisoria del "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" per il triennio 2023-2025 e con successivo atto (Deliberazione del Commissario Straordinario N. 56 del 30/10/2024) ha effettuato una correzione di un mero errore materiale riportato nel prospetto riepilogativo di cui alla delibera n. 6/2024. Infine, la predetta pianificazione (trasmessa con nota prot. n. 35496 del 21.10.2024 alla Giunta Regionale della Campania – Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, nonché all'U.O.D. 10 – Personale del S.S.R) è stata approvata con Delibera della Giunta della Regione Campania n. 608 del 14.11.2024.

Di seguito lo schema riepilogativo oggetto di approvazione regionale.

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 148/2024

IRCCS PASCALE	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023 (IRCCS PASCALE + ASCALESI)	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025 (IRCCS PASCALE + ASCALESI)	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA (IRCCS PASCALE + ASCALESI)	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
Ruolo sanitario	735	1156	421	241	88	100	53
Dirigenti medici	242	358	116	109	35	52	22
Dirigenti Sanitari non medici	36	74	38	38	18	15	5
<i>di cui dirigenti professioni sanitarie</i>	-	-	-	2	-	-	2
<i>di cui farmacisti</i>	4	-	-	-	-	-	-
<i>di cui sanitari non medici</i>	32	-	-	36	18	15	3



Personale del comparto area sanitaria	457	724	267	94	35	33	26
<i>di cui infermieri</i>	357	551	194	66	21	25	20
<i>di cui ostetriche</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>di cui tecnici sanitari</i>	95	128	33	23	14	4	5
<i>di cui altro comparto sanitario</i>	5	45	40	5	-	4	1
RUOLO SOCIOSANITARIO	50	170	120	52	12	24	16
Personale del comparto area socio-sanitaria	50	170	120	52	12	24	16
<i>di cui OSS</i>	50	170	120	52	12	24	16
<i>di cui assistenti sociali</i>	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO TECNICO	29	68	39	25	2	9	14
Dirigenti	2	12	10	7	-	3	4
Personale del comparto area tecnica	27	56	29	18	2	6	10
RUOLO PROFESSIONALE	8	13	5	4	1	2	1
Dirigenti	8	13	5	4	1	2	1
Personale del comparto area professionale	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	103	153	50	50	6	19	25
Dirigenti	12	16	4	4	1	-	3
Personale del comparto area amministrativa	91	137	46	46	5	19	22
TOTALE	925	1560	635	372	109	154	109

3.4 Formazione del personale nell'ambito del PNRR- Obiettivi di formazione-

Il Ministro per la pubblica amministrazione, senatore **Paolo Zangrillo**, ha adottato la nuova direttiva in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano. Il documento si inserisce nel solco dei precedenti atti di indirizzo sul rafforzamento delle competenze (23 marzo 2023) e sulla misurazione e valutazione della performance (28 novembre 2023).

Dalla su richiamata Direttiva, si evince che: la valorizzazione del capitale umano delle pubbliche amministrazioni è centrale nella strategia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che 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, strumentale per affrontare le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale": si tratta di un investimento organizzativo necessario per la P.A..

La promozione della formazione costituisce, quindi uno specifico obiettivo di *performance* di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, in modo da garantire la formazione pro-capite, che per l'anno 2025 è pari a 40 ore.

A tal proposito, come per la precedente annualità, il Ministro ha dettato precise disposizioni in merito ai percorsi di formazione, in modalità e-learning, offerti dalla piattaforma cd. "**Syllabus**", nell'ambito di tematiche inerenti alla transizione digitale, ecologica e amministrativa nonché per lo sviluppo del soft skills. Il percorso formativo sarà garantito dall'Istituto in linea con le anzidette disposizioni ministeriali, e in considerazione del fatto che in data 27/11/2023, l'Istituto ha registrato tutti i dipendenti in piattaforma al fine di consentire agli stessi l'avvio di un percorso formativo, finalizzato all'acquisizione di competenze digitali e, con successiva nota nr. 9765 del 13 marzo 2024, ha individuato la percentuale del personale da formare, pari al 55% per singola struttura; conseguenzialmente, nell'attuale programmazione aziendale, l'Istituto deve impegnare la restante quota di personale.

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 2025 organizzato in ambito dipartimentale e a livello multidisciplinare, con risorse interne ed esterne che di seguito si riportano:

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, l'Istituto ha previsto la predisposizione di un evento formativo in tema di trasparenza attraverso la UOC Affari Generali- RPCT-

1) Trasparenza;

2) Procedura di whistleblowing per la segnalazione degli illeciti.

L'Istituto, inoltre, 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 antincendio 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:

- 1) all'uso gestionale GOP per la rilevazione della presenza in servizio (analisi degli istituti relativi alle assenze). Tale evento sarà assicurato dal Direttore della SC Gestione Risorse Umane;
- 2) incarichi esterni. Quest'ultimo evento è finalizzato ad analizzare i presupposti normativi e la regolamentazione aziendale vigente in materia ed anch'esso verrà assicurato dal Direttore della SC Gestione Risorse Umane;
- 3) 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.

Programmazione Bisogni formativi- Piano Formazione Aziendale

Con nota prot. n. 44063 del 19.12.2024, indirizzata al sub. Commissario Amministrativo e al Referente PIAO, il Direttore Scientifico e il Responsabile Piano Programmazione formativa hanno descritto gli eventi formativi realizzati, come previsto dal PFA 2024, e le attività in programma per il 2025.

Come si rileva dall'anzidetta nota, i temi trattati hanno riguardato l'Innovazione Terapeutica Integrata, la progettazione e la conduzione degli Studi Clinici, nonché lo sviluppo e l'applicazione della Target Therapy e della Biobanca Istituzionale. Sono state trattate anche tematiche inerenti l'integrazione multiprofessionale e di Genere, nonché quelle relative al miglioramento delle competenze relazionali e comunicative interne ed esterne all'organizzazione sia tra il personale che con l'utenza, in linea con le indicazioni pervenute dal CUG e dal GEP.

In attuazione del Decreto 126 del 21/03/2023 della Regione Campania, relativo alle misure del PNRR Missione 6 Salute, sono stati realizzati dei Corsi di formazione sulle Infezioni Ospedaliere – Moduli A; B, C, D, D2.

La formazione relativa ai Moduli D è stata completata, mentre sono in corso di completamento i percorsi previsti per il Modulo A rivolto al personale coinvolto nei processi assistenziali diretti con Formazione FAD su piattaforma EDUISS.

Nel redigendo PFA 2025 verrà attuato l'evento formativo sull'*Efficientamento Energetico* la cui responsabilità sarà interamente affidata alla Direzione Scientifica.

In relazione alle attività formative programmate è in atto un ampliamento strutturale presso il Presidio Ascalesi che prevede l'assegnazione di n. 3 aule da assegnare, previo collaudo, al Polo Didattico Universitario.

Di seguito gli eventi formati previsti.



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025 EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIPANTI	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
1	Dipartimento Corp-S assistenziale e di ricerca dei percorsi oncologici del Distretto Urogenitale	Protocolli ERAS in chirurgia oncologica uroginecologica per il miglioramento della gestione perioperatoria e del recupero dopo intervento chirurgico	4	1	Cono Scaffa	5	50	Medici Chirurghi, Biologi, Dietista, Fisioterapista, CPSI, Psicologi	5	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, GENDER EQUALITY
2	Dipartimento Corp-S assistenziale e di ricerca dei percorsi oncologici del Distretto Urogenitale	Tumori eredo familiari: riconoscerli per curarli e prevenirli. La piattaforma regionale come mezzo per il raggiungimento degli obiettivi	4	1	Ventriglia Jole, D'angelo Valentina, Pensabene Matilde	12	100	Medici varie specializzazioni, Biologi, CPSI, Tecnici Sanitari, Case Manager, Medici Medicina Generale	12	MULTIDISCIPLINARITA', GOM E PDTA
3	Dipartimento CORP-S dei servizi clinico-diagnostici di supporto ai percorsi oncologici	Sicurezza fisica e medica in risonanza magnetica	1	1	Antonella Petrillo	8	30	Medici Chirurghi, Radiologi, Radioterapisti, Fisici, TSRM, CPSI	8	SICUREZZA
4	Dipartimento CORP-S dei servizi clinico-diagnostici di supporto ai percorsi oncologici	Intelligenza artificiale e diagnostica per immagini. Dalla diagnosi alla cura.	3	1	Luca Tarotto, Francesca Maio	8	30	Medici Chirurghi, TSRM, CPSI, OSS	8	SANITA' DIGITALE - HTA - Innovazione tecnologica
5	Dipartimento CORP-S dei servizi clinico-diagnostici di supporto ai percorsi oncologici	BLS-D RCP BASE - 8 EDIZIONI	2,3,4	8	Arturo Cuomo	6	300	Tutte le professioni sanitarie	6	EMERGENZE
6	Dipartimento CORP-S dei servizi clinico-diagnostici di supporto ai percorsi oncologici	Comunicazione e multidisciplinare e accoglienza del paziente oncologico	4	1	Luca Tarotto, Francesca Maio	8	30	Medici Chirurghi, TSRM, CPSI, OSS, Psicologi	4	COMUNICAZIONE
7	Dipartimento CORP-S dei servizi clinico-diagnostici di	Meccanismi di prevenzione, diagnosi e terapia della	4	1	Nicola Maurea	8	50	Medici, Biologi, CPSI, TLBS, TSRM	4	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
	supporto ai percorsi oncologici	tossicità cardiovascolare e da farmaci oncologici								
8	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale dei percorsi oncologici del Distretto Toracico	La broncoscopia per anestesisti – rianimatori. Corso teorico - pratico	2	1	Nicola Martucci, Rosanna Accardo	6	12	Medici Anestesisti Rianimatori, CPSI	6	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA
9	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale dei percorsi oncologici del Distretto Toracico	Come scrivere un articolo scientifico	1	1	Alessandro Morabito	4	40	Tutte le professioni	4	RICERCA E COMUNICAZIONE
10	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale dei percorsi oncologici del Distretto Toracico	“the right way...on breast side” (sponsorizzato)	2	1	Raimondo Di Giacomo	18	100	Medici, Medici Chirurghi, biologi, farmacisti	18	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA
11	Dipartimento CORP-S di Ricerca e Assistenziale dei Percorsi Oncologici Testa-Collo	Utilizzo di nuove tecnologie e tecniche chirurgiche innovative nella gestione perioperatoria del paziente oncologico testa collo	2	1	Giulia Togo	20	30	tutte le professioni	20	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA
12	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale di percorsi oncologici del distretto addominale	Cancro e obesità - un forte legame spesso “nascosto”	2	1	Renato Patrone	8	150	Tutte le professioni sanitarie	8	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute
13	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale di percorsi oncologici del distretto addominale	Tecniche innovative per il trattamento delle ferite croniche e acute con terapia a pressione negativa (vac therapy).	1	1	Daniela Rega	7	25	Tutte le professioni sanitarie	7	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
14	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale di percorsi oncologici del distretto addominale	Tecniche di resezione endoscopica delle lesioni precancerose del colon-retto	2	1	Paolo Andreatti, Mario De Bellis	8	50	medici, CPSI	8	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA
15	Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale Cute, Melanoma Immunologia Oncologica Sperimentale e Terapie Innovative	Effetti collaterali e sistemici della terapia Target ed immunoterapia nei pazienti affetti da melanoma e da tumori cutanei non melanoma (NMSC)	2	1	Luigi Scarpato	6	30	Medici DERMATOLOGI, Oncologi, oculisti, chirurghi, CPSI	6	INNOVAZIONE TERAPEUTICA INTEGRATA - TRIALS - TARGET THERAPY
16	Dipartimento CORP-S di Ricerca ed Assistenziale Cute, Melanoma Immunologia Oncologica Sperimentale e Terapie Innovative	Tecnologia ed intelligenza artificiale nel trattamento dei tumori cutanei	3	1	Paolo Meinardi	6	50	Medici, CPSI	6	SANITA' DIGITALE - HTA - Innovazione tecnologica
17	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 art. 110, 111, 124 comma 1 e 162 comma 2 del D. Lgs. 101/2020	2,4	2	Biagio Pecori	10	50	Tutte le professioni	10	SICUREZZA - RADIOPROTEZIONE
18	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	Early rehabilitation in oncologia: dalla diagnosi	2	1	Monica Pinto	8	80	Tutte le professioni	8	RICERCA E COMUNICAZIONE



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
		al trattamento primario								
19	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	Il supporto nutrizionale del paziente oncologico: diagnosi, percorsi e nuovi orizzonti	1	1	Valeria Turrà	10	100	Tutte le professioni	10	MULTIDISCIPLINARITA', GOM E PDTA E NUTRIZIONE
20	Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari	La violenza sugli operatori sanitari	3	1	Barberio Daniela	8	30	Tutte le professioni sanitarie	8	VIOLENZA
21	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Workshop multidisciplinari e special lectures dell'istituto nazionale tumori irccs fondazione pascale - 2025 Edizione I	2	1	Alfredo Budillon	12	100	Tutte le professioni sanitarie	12	INNOVAZIONE TERAPEUTICA INTEGRATA - TRIALS - TARGET THERAPY
22	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Workshop multidisciplinari e special lectures dell'istituto nazionale tumori irccs fondazione pascale - 2025 Edizione II	3	1	Alfredo Budillon	12	100	Tutte le professioni sanitarie	12	INNOVAZIONE TERAPEUTICA INTEGRATA - TRIALS - TARGET THERAPY
23	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Il comitato unico di garanzia: strumenti e strategie per promuovere l'inclusione e le pari opportunità	2	1	CUG - Maria Lina Tornesello	6	100	Tutte le professioni sanitarie	6	GENDER EQUALITY INTEGRAZIONE
24	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Metodologie della sperimentazione clinica	4	1	Maria Carmela Piccirillo	7	50	Tutte le professioni sanitarie	7	SANITA' DIGITALE - HTA - Innovazione tecnologica
25	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Il valore dell'infrastruttura tecnologica sanitaria per la ricerca clinica sperimentale e real-word	4	1	Maria Carmela Piccirillo	7	50	Tutte le professioni sanitarie	7	SANITA' DIGITALE - HTA - Innovazione tecnologica



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
26	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Verso una valutazione equa e inclusiva della ricerca biomedica	4	1	Chiara Ciardiello	7	100	Tutte le professioni sanitarie	7	ETICA
27	Dipartimento di Ricerca Traslazionale a Supporto dei Percorsi Oncologici	Modelli preclinici in vivo finalizzati alla identificazione e di nuove strategie terapeutiche nella ricerca traslazionale oncologica	4	1	Francesca Bruzzese	6	100	Tutte le professioni sanitarie	6	SPERIMENTAZIONE ANIMALE
28	Dipartimento Servizi Strategici Tecnico Professionali	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori dei settori della classe di alto rischio - ex art. 36 e 37 d.lgs. 81/08 - Corso di aggiornamento - 2 EDIZIONI	2,4	2	Francesco Florio	8	30	Tutte le professioni sanitarie	8	SICUREZZA
29	Dipartimento Servizi Strategici Tecnico Professionali	La sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente	1	1	Francesco Florio	12	30	Tutte le professioni sanitarie	12	SICUREZZA
30	Dipartimento Servizi Strategici Tecnico Professionali	La gestione delle emergenze - d.lgs. 81/08 e dm 10.03.98 - Presentazione del piano di emergenza ed evacuazione dell'istituto - Corso di aggiornamento antincendio per attività a rischio alto - 2 EDIZIONI	2,4	2	Francesco Florio	8	30	Tutte le professioni sanitarie	8	SICUREZZA



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025 EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
31	Dipartimento CORP-S di ricerca e assistenziale di oncematologia, neoplasie mesenchimali e muscolo scheletriche dell'adulto e diagnostica innovativa	Interpretazioni e dell'esame emocromocitometrico	2	1	Luigia Simeone, Umberto Falcone	3	70	tutte le professioni	3	ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA
32	Direzione Scientifica	La "qualità" nella gestione dei campioni biologici per la ricerca e per la clinica: il ruolo delle biobanche	4	1	Monica Cantile	4	100	Tutte le professioni sanitarie	4	PROTOCOLLI E PROCEDURE ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONI
33	Direzione Scientifica	La codifica delle diagnosi e delle procedure assistenziali nella documentazione clinica - 3 EDIZIONI	1,2,3	3	Egidio Celentano	2	30-50	Medici, CPSI	6	APPROPRIATEZZA CURE
34	Direzione Scientifica	Formare ed educare in oncologia: figure e ruoli della tutorship per le lauree delle professioni sanitarie	2	1	Francesca Gallucci	10	40	Tutte le professioni sanitarie	10	TUTORAGGIO
35	Direzione Scientifica	Aspetti etici, regolatori e di qualità nella conduzione degli studi clinici	1	1	Gianfranco De Feo, Alfredo Budillon, Bruno Daniele	6	120	Tutte le professioni sanitarie	6	PROTOCOLLI E PROCEDURE ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONI
36	Direzione Scientifica	M6c222 modulo b pnrr - corso di formazione in infezioni ospedaliere - N.7 Edizioni	1	7	Alfredo Budillon, Stefania D'Auria	5	50	Tutte le professioni sanitarie	5	INFEZIONI
37	Direzione Scientifica	M6c222 modulo c pnrr - corso di formazione in infezioni ospedaliere - N.7 Edizioni	1	7	Alfredo Budillon, Stefania D'Auria	5	50	Tutte le professioni sanitarie	5	INFEZIONI



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

EVENTI ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	N° EDIZIONI	RESPONSABILI SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP	PROFESSIONI	CREDITI	TEMATICA
38	Direzione Scientifica	Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne II Edizione	4	1	GEP- CUG - Iolanda Attanasio, Maria Lina Torneseello	5	100	Tutte le professioni sanitarie	5	GENDER EQUALITY INTEGRAZIONE
39	Direzione Scientifica	Donne e prospettive di uguaglianza II Edizione	1	1	GEP- CUG - Iolanda Attanasio, Maria Lina Torneseello	5	100	Tutte le professioni sanitarie	5	GENDER EQUALITY INTEGRAZIONE
40	Direzione Scientifica	Misure e strategie per efficientamento energetico	3	1	Alfredo Budillon Florio Francesco	6	30	tutte le professioni	5	SICUREZZA

EVENTI NON ECM

N°	DIPARTIMENTO	TITOLO EVENTO	TRIM.	RESPONSABILE SCIENTIFICO	DURATA IN ORE	N° PARTECIP.	PROFESSIONI
1	Dipartimento dei Servizi Amministrativi e della SC affari generali e RCPT	Disciplina di incarichi esterni	4	Oreste Florenzano	4	100	Tutte i dipendenti
2	Dipartimento dei Servizi Amministrativi e della SC affari generali e RCPT	Gestione piattaforma G.O.P. - Elementi costitutivi	4	Oreste Florenzano	4	100	Tutte i dipendenti
3	Dipartimento dei Servizi Amministrativi e della SC affari generali e RCPT	La procedura di whistleblowing per la segnalazione degli illeciti	3	Elisa Regina	6	200	Tutte le professioni comparto e dirigenza
4	Dipartimento dei Servizi Amministrativi e della SC affari generali e RCPT	Giornata della trasparenza	4	Elisa Regina	4	200	Tutte le professioni comparto e dirigenza
5	Dipartimento dei servizi Strategici Tecnico-Professionali	APPALTI, GARE E CONTRATTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - La disciplina dei contratti pubblici alla luce della normativa comunitaria, del PNRR e degli interventi della giurisprudenza e delle Authority indipendenti - Corso di Aggiornamento	3	Ciro Frattolillo	8	100	Tutte le professioni comparto e dirigenza
6	Dipartimento dei servizi Strategici Tecnico-Professionali	Aggiornamento procedure MEPA – SIAPs - ANAC	2	Ciro Frattolillo, Michela D'Antò	8	100	Tutte le professioni comparto e dirigenza

EVENTI ECM APPROVATI 40

EVENTI NON ECM APPROVATI 6

Sezione IV 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 sono effettuati attraverso attività di monitoraggio infra-annuale (primo semestre e annuale), al fine di consentire all'Istituto la conoscenza dei risultati ottenuti, l'analisi di eventuali scostamenti e le proposte delle relative azioni correttive.

4.1 Monitoraggio del ciclo della Performance- Obiettivi di accessibilità digitale

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 della relazione finale;
- verifica dell'andamento delle attività da parte dell'OIV;
- monitoraggio delle variazioni e delle eventuali rimodulazioni degli indicatori e target attesi in caso di eventi imprevedibili ed eccezionali in corso d'anno previa valutazione, per gli obiettivi organizzativi, sia del Management Aziendale che dell'OIV;

A partire dalla fase di assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio procede senza soluzione di continuità, da parte degli uffici centrali (Direzione Scientifica, Direzione Amministrativa, Controllo di Gestione) anche avvalendosi dei sistemi informativi aziendali, 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.

Per gli obiettivi di accessibilità digitale, si rinvia al Responsabile per la Transizione Digitale.

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 POLA- Piano del piano dei fabbisogni di personale- PAP

Il panorama relativo al monitoraggio degli atti programmatori concernenti le risorse umane è il seguente:

- 1) relativamente al POLA, tutte le singole posizioni di lavoro agile sono verificate dai rispettivi Responsabili in riferimento agli specifici obiettivi assegnati e alla mappatura delle attività cd. smartabili, da essi effettuata;
- 2) in merito al fabbisogno di personale, il monitoraggio annualmente garantito è quello afferente, 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;
- 3) relativamente al Piano Azioni Positive, il CUG ha compiti di verifica e deve relazionare annualmente in ordine allo stato di attuazione del piano triennale delle azioni positive dell'amministrazione.

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.